

**Escuelas Públicas de Ware**  
**Formulario de Información de Emergencia**

Grado: \_\_\_\_\_ Nombre de Maestro: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_

#de Autobús \_\_\_\_\_ Recoger: SÍ / NO A Pie: SÍ / NO Vehículo: SÍ / NO

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección Postal (si es diferente): \_\_\_\_\_

# de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Custodia legal:  Ambos Padre  Padre  Madre  Guardian  Tutor (Foster Parent)

Padre/Tutor		Padre/Tutor	
Apellido	Nombre	Apellido	Nombre
Sitio de Empleo		Sitio de Empleo	
# de Teléfono de Trabajo	# de Teléfono Celular	# de Teléfono de Trabajo	# de Teléfono Celular
El Email		El Email	

Indique los nombres de adultos y niños con quien vive el estudiante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique tres (3) personas a quien podamos llamar por teléfono para asumir el cuidado temporalmente de su niño si usted no puede ser localizado:

Nombre	Nombre	Nombre
Dirección	Dirección	Dirección
Número de Teléfono	Número de Teléfono	Número de Teléfono

*EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD, le solicito a la escuela que haga contacto conmigo. Si la escuela no logra comunicarse conmigo, la escuela puede hacer los arreglos necesarios para el cuidado de mi hijo. EL ESTUDIANTE SÓLO SERA CEDIDO A LAS PERSONAS INDICADAS ANTERIORMENTE.*

Favor de nombrar alguna(s) alergias del estudiante (abejas, nueces, chocolate, huevos, etcétera): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_