



Dr. Laura P. Feijóo
Superintendent of Schools

City School District of New Rochelle
515 North Avenue
New Rochelle, NY 10801

TARJETA DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

AÑO ESCOLAR: 20_____

La ley estatal exige que tengamos la siguiente información en el archivo. Esta información nos permitirá comunicarnos con usted o su designado en caso de un accidente o enfermedad de su hijo.

Magnet

Escuela de la zona de origen

Nombre Estudiante: _____ Maestro: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre completo de la madre/guardián: _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Dirección de la case (si es diferente del estudiante)

Padre/Guardián nombre completo: _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Dirección de la case (si es diferente del estudiante)

¿Ha cambiado su número de teléfono desde el año pasado? SI NO

¿Ha cambiado su dirección desde el año pasado? SI NO



Dr. Laura P. Feijóo
Superintendent of Schools

City School District of New Rochelle
515 North Avenue
New Rochelle, NY 10801

AÑO ESCOLAR: 20_____

Nombre del médico de casa: _____ Teléfono: _____

Alergias: _____

Si no me pueden contactar, autorizo a las siguientes personas a recoger a mi hijo en una emergencia:

1. Persona: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono/Móvil: _____

2. Persona: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono/Móvil: _____

3. Persona: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono/Móvil: _____

¿HAY ALGUNA ORDEN DE PROTECCIÓN, DERECHOS DE VISICIÓN DE LA CUSTODIA O ORDEN DE RESTRICCIÓN? SI ES ASÍ, LA OFICINA PRINCIPAL DEBE TENER UNA COPIA DE LOS DOCUMENTOS JUDICIALES.

ENFERMEDAD O LESIÓN

Si el estudiante se enferma en la escuela o se lesioná, la enfermera hará todo lo posible para contactarlo. Si no puede comunicarse con usted por teléfono, se comunicará con su médico de familia o enviará al niño al hospital a menos que usted le dé otras instrucciones. La escuela de ninguna manera asume responsabilidad financiera.

Firma del parent/guardián que completo esta tarjeta

Imprima nombre

Fecha