

TARJETA EN CASO DE EMERGENCIA 2016-2017

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____ Grado: _____

Dirección: _____ # de Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Teléfono: _____ Celular (Madre): _____ Celular (Padre): _____

Nombre (padre): _____

Dirección: _____

Teléfono (empleo): _____ Ext.: _____

Nombre (madre): _____

Dirección: _____

Teléfono (empleo): _____ Ext.: _____

★Por favor Proporcione tres contacto de emergencia★

Contacto de emergencia: _____ relación: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Empleo: _____

Contacto de emergencia: _____ relación: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Empleo: _____

Contacto de emergencia: _____ relación: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Empleo: _____

★Por favor proporcione alguna condición o las alergias médicas★

Historia Médica: Alergias: _____

Condición Física: _____

Medicamento: _____

Doctor: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

En caso de una emergencia que hospital prefiere ___ Doctor Hospital of MI ___ St. Joseph ___ McLaren

¿Ha tenido su hijo(a) varicelas?: ___ Si ___ No

Nombre de hermanos(as) que asisten a PAE: _____

SAFETY, RESPECT, LEARNING & COMMUNITY

196 Cesar E. Chavez Ave. Pontiac, Michigan 48343

P: 248-745-9420 E: info@pontiacacademy.org