



**St. Scholastica Religious Education Program**  
**Emergency Form 2018-2019/ Informacion de Emergencia 2018-2019**

Family name / Nombre de la Familia: \_\_\_\_\_

Address / Direccion: \_\_\_\_\_

Street

City

Zip Code

Home Telephone / Numero de Telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Name of child & Class / Nombre del Nino y la Clase: \_\_\_\_\_

Name of child & Class / Nombre del Nino y la Clase: \_\_\_\_\_

Name of child & Class / Nombre del Nino y la Clase: \_\_\_\_\_

Name of child & Class / Nombre del Nino y la Clase: \_\_\_\_\_

Father / Padre: \_\_\_\_\_ Cell Phone / Celular: \_\_\_\_\_

Mother/ Madre: \_\_\_\_\_ Cell Phone / Celular: \_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACT / In the event we are unable to reach a parent:**  
**CONTACTO DE EMERGENCIA/ En caso de no poder comunicarnos con los padres:**

Name / Nombre: \_\_\_\_\_

Relationship / la relacion: \_\_\_\_\_

Telephone / Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

**To Whom It May Concern:**

*As a parent/guardian, I do herewith authorize the treatment by a qualified and licensed medical doctor of the above-named minor(s) in the event of a medical emergency, which, in the opinion of the attending physician, may endanger his/her life, cause disfigurement, physical impairment or undue discomfort if delayed. This authority is granted only after a reasonable effort has been made to reach me.*

**A quien corresponda:**

*Como el padre/guardian, yo doy autorizacion que le den tratamiento por un médico calificado y licenciado del menor susodicho en caso de una emergencia médica, que, en la opinión del médico que asiste, puede ponerse en peligro su vida, desfiguración de causa, deterioro físico o molestia indebida si demora. Esta autorizacion es otorgada sólo después de que se hizo un esfuerzo razonable para localizarme.*

Signed (firma): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Father/Padre      \_\_\_\_\_ Mother/Madre      \_\_\_\_\_ Legal Guardian/guardián

Date: \_\_\_\_\_

**\*\*SEE BACK OF SHEET FOR MEDICAL INFORMATION AND PHOTO RELEASE\*\***

