



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****

