SOUTH SAN FRANCISCO UNIFIED SCHOOL DISTRICT

EMERGENCY INFORMATION

Student's Name _____ Birthdate _____

Last First Initial

Teacher _____ Grade _____ School _____

Student lives with ☐ Both Parents ☐ Father ☐ Mother ☐ Guardian ☐ Other (specify relationship) _____

☐ Check here if the following are attached: a copy of a custody court order, visitation schedules, and/or information regarding persons who are authorized to receive school communication and pick up your child from school.

In case of illness, injury or emergency, please list who we can contact.

Relationship	Name	Home Address ☐ Check here if there is a new address since last school year	Home Phone	Cell Phone ☐ Check here if you want school info text messages	Home Email ☐ Check here if you want school info emailed
Mother					
Father					
Guardian					

Relationship	Work/Business Name	Work/Business Address	Work/Business Phone	Work/Business Email
Mother				
Father				
Guardian				

I authorize my child to be released to the following persons who have agreed to assume responsibility if I cannot be reached. Anyone whose name appears on this card may be contacted in case of an emergency. Please list four local residents (i.e. close neighbor, childcare provider, babysitter).

Relationship	Name	Home Address	Home Phone	Cell Phone/Work Phone

Allergies/serious health problems: _____ Date of last tetanus shot: Month ____ Day ____ Year ____

In case of serious illness or injury, please call:

Doctor's Name	Hospital	Address	Phone	Medical Insurance Number

In the event you cannot be reached in an emergency, do you authorize school authorities to obtain medical aid or ambulance service at your expense? (Kaiser insurance will cover ambulance cost if recommended by paramedics.) I understand that South San Francisco Unified School District, its employees and its Board members assume no liability of any nature in relation to the transportation or treatment of the said minor. I further understand that all costs of paramedic transportation, hospitalization and any examination, x-ray or treatment provided in this authorization shall be my responsibility. Please indicate your authorization by your signature below. PARAMEDICS WILL BE CALLED IF NECESSARY!

If you do not authorize school authorities to obtain medical aid or ambulance service, please indicate your desires by listing your instructions: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

PLEASE NOTIFY THE SCHOOL OF ANY CHANGES IN THE ABOVE INFORAMTION

EL DISTRICTO ESCOLAR UNIFICADO DE SUR SAN FRANCISCO
INFORMACION DE EMERGENCIA

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Nombre Inicial

☐Marque aquí si los siguientes documentos vienen incluidos: copia de una orden de custodia de la corte, los horarios de visita y / o información sobre las personas autorizadas para recibir comunicación de la escuela a recoger a su hijo de la escuela.

Maestro _____ Grado _____ Escuela _____

El estudiante vive con: ☐ Los dos Padres ☐ Papá ☐ Mamá ☐ Guardián ☐ Otro (especifique relación) _____

En caso de una enfermedad o herida grave, favor de escribir el nombre de la persona a quien contactar.

Relación	Nombre	Dirección del Hogar ☐ Marque aquí si usted tiene un nuevo domicilió desde el pasado año escolar	Teléfono de Casa	Teléfono de Celular ☐ Marque aquí si usted quiere recibir mensajes de texto con información de la escuela	Coreo Electrónico ☐ Marque aquí si quiere recibir correo electrónico con información de la escuela
Madre					
Padre					
Guardián					

Relación	Nombre del Trabajo/Empleo	Dirección del Trabajo/Empleo	Teléfono del Trabajo/Empleo	Coreo Electrónico del Trabajo/Empleo
Madre				
Padre				
Guardián				

Yo autorizo que mi niño/a sea entregado/a a la(s) siguiente(s) persona(s) quienes han aceptado responsabilidad si yo no puedo ser contactado/a. Por favor note de que cualquier persona que aparece en esta carta puede ser contactado/a en caso de una emergencia. Por favor de escribir cuatro residentes locales (por ejemplo, un vecino cercano, proveedor de cuidado de niños, niñera).

Relación	Nombre	Dirección	Teléfono de Casa	Teléfono de Celular/Trabajo

Alergias/problemas graves de salud: _____ Fecha de la ultima vacuna del tétano: Mes ____ Día ____ Año____

En caso de enfermedad o herida grave, favor de llamar:

Nombre del Doctor	Hospital	Dirección	Teléfono	Numero de Seguro Medico

En caso de que no se pueda localizar durante una emergencia, usted autoriza que las autoridades de la escuela obtengan ayuda médica o servicio de ambulancia a su coste?) Kaiser cubrirá el costo de la ambulancia si es recomendado por los paramédicos.) Por favor indique su autorización con su firma debajo. Yo entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Sur San Francisco, sus empleados, y la Mesa Directiva no asumen ninguna responsabilidad en relación a la transportación o tratamiento del menor de edad. Además, entiendo que todo el costo de transportación paramédica, hospitalización y cualquier examen, radiografía o tratamiento proveído en esta autorización será mi responsabilidad. ¡SI ES NECESARIO PARAMEDICOS SERAN LLAMADOS!

Si usted no autoriza que las autoridades de la escuela obtengan ayuda médica o servicio de ambulancia, por favor indique sus deseos con sus instrucciones: _____

Firma del Padre/Guardia: _____ Fecha: _____

FAVOR DE NOTIFICAR AL PERSONAL ESCOLAR SI CAMBIA CUALQUIER PARTE DE LA INFORMACION DE ARRIBA