

RAP Formulario de información de emergencia 2024-2025



Información personal

Favor de escribir con
tinta azul o negra.

Nombre(s) del niño(s) (Apellido)		(Nombre)	Escuela/Grado	Fecha de Nac.	
1.					
2.					
3.					
Información de padres/tutores		(Apellido)	(Nombre)	Dirección	Teléfono
Nombre de la madre/tutor					
Dirección del trabajo y número de teléfono					
Nombre del padre/tutor					
Dirección del trabajo y número de teléfono					
Correo electrónico de la madre/tutor			Correo electrónico del padre/tutor		

Las siguientes personas tienen permiso para recoger a mi hijo. No se permitirá que el niño salga con nadie que no esté en esta lista.

	Nombre (Apellido)	(Nombre)	(Dirección)	(Teléfono)
1.				
2.				
3.				
4.				

Información médica del niño

Nombre del doctor			
Dirección			
Ciudad		Teléfono	

EN CASO DE EMERGENCIA PARA TRATAMIENTO MÉDICO:

Mi hijo será transportado a

Hospital	
Seguro médico	
Número de seguro	

Información adicional: IEP, planes de comportamiento, etc.

Alergias, limitaciones médicas o medicamentos,

--

En caso de accidente o emergencia, autorizo a un miembro del personal del Programa Extraescolar de Ripon a llevar a mi hijo al médico mencionado anteriormente o al hospital más cercano para cualquier tratamiento de emergencia y acción que se considere necesaria para la seguridad del niño, a mi cargo. El permiso para los procedimientos de tratamiento médico varía entre el personal y las instalaciones médicas con respecto a la provisión para el niño en ausencia de los padres. Los padres deben haber verificado el procedimiento con anticipación.

Firma de padre/madre

Fecha

--	--