

# 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
----------------------	-------