

☐ Please check box if any of your information has changed
NEW ADDRESS OR INFORMATION/NUEVA INFORMACION

LAST NAME/APELLIDO

FIRST NAME/ NOMBRE

MIDDLE/INICIAL

FOR OFFICE USE: TEACHER: _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento

☐ Male/Varón

☐ Female/Niña

STUDENT ID#

GRADE: _____

SMMUSD STUDENT INFORMATION & EMERGENCY CARD/ INFORMACION DEL ESTUDIANTE Y TARJETA DE EMERGENCIA

IT IS EXTREMELY IMPORTANT THAT THE INFORMATION ON THIS CARD IS ACCURATE AND KEPT UP-TO-DATE
ES MUY IMPORTANTE QUE LA INFORMACION EN ESTA TARJETA ESTE CORRECTA Y SE MANTENGA AL CORIENTE

This information is used to contact you (or one of the other adults you designate on the reverse side of this card) if your child becomes ill or injured, or any other emergency. This card is to be completed by a parent only. PLEASE PRINT CLEARLY. Please report any information changes to the school immediately.

Esta información será usada para llamarle (o a uno de los adultos que usted haya designado al reverse de esta tarjeta) sus u hijo/a este enfermo o tenga un accidente o cualquiera otra emergencia. Esta tarjeta de ser completada solamente por los padres. POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE. Por favor reporte cualquier cambio de información a la escuela.

STUDENT LIVES WITH: (CIRCLE ONE)

BOTH PARENTS

PARENT#1

PARENT#2

OTHER/

EL ESTUDIANTE VIVE CON: (CIRCULE UNO) LOS DOS PADRES

PADRE#1

PADRE#2

OTRO

☐ JOINT CUSTODY- DAYS

☐ CUSTODIA MUTUA-DIAS

joint custody: EACH parent must complete a set of emergency cards/ custodia mutual: CADA padre debe completar tarjetas de emergencia

(PLEASE PROVIDE CUSTODY SCHEDULES IF APPLICABLE- FAVOR DE PROPORCIONAR LOS HORARIOS DE CUSTODIA SI ES NECESARIO)

Primary Phone Number / /Numero Principal

Email / Correo electrónico

(The phone number/email listed above will be used as primary contact information for school business/ Este numero /correo electrónico sera utilizado para todos los asuntos de escuela)

Student Primary Address/Domicilio del estudiante

City /Cuidad

Zip Code/ZonaPostal

PARENT/GUARDIAN 1:

PADRE/TUTOR #1

Name/Nombre

Relationship to Student/Relacion al Estudiante

Occupation/Ocupacion

Business Phone/Tel Trabajo

Cell Phone/Celular

PARENT /GUARDIAN 2:

PADRE/TUTOR #2

Name/Nombre

Relationship to Student/Relacion al Estudiante

Occupation/Ocupacion

Business Phone/Tel Trabajo

Cell Phone/Celular

In a **MEDICAL EMERGENCY**, if I cannot be reached I hereby give my consent for my child to be transported to a medical facility for emergency care and to be treated by a physician or dentist. **En caso de EMERGENCIA MEDICA**, si no pueden localizarme, doy mi consentimiento para que transporten a mi hijo(a) a un centro de emergencias para que reciba tratamiento de una medico o dentista.

Signature of Parent or Legal Guardian/Firma Padres/o Tutor _____ Date/Fecha _____

Health Problems/Problemas de salud: _____ Allergic to/Alergico(a) a: _____

Medications/Medicamentos: _____

Physician/Medico: _____ Ph # _____ Dentist/Dentista _____ Ph # _____

Is student covered by Health Insurance Yes No Plan Name _____ Dental Insurance Yes No Plan Name _____

Tiene el estudiante Seguro Médico Si No Nombre del Seguro _____ Seguro Dental Si No Nombre de Seguro _____

LOCAL EMERGENCY CONTACTS: (Please try to include someone who resides close to the school). **When I cannot be contacted or get to the school, I give my permission for my child to be released to the following adults ONLY:**
CONTACTO LOCAL de EMERGENCIA: (Trate por favor de incluir alguien que reside cerca de la escuela). **Si no podemos encontrar a los padres, entregaremos a su niño/a solamente a estos adultos:**

NAME/NOMBRE: _____

Address/Domicilio

Phone/Telfono

Relationship to Student/Relacion al estudiante

NAME/NOMBRE: _____

Address/Domicilio

Phone/Telfono

Relationship to Student/Relacion al estudiante

NAME/NOMBRE: _____

Address/Domicilio

Phone/Telfono

Relationship to Student/Relacion al estudiante

OUT OF AREA EMERGENCY CONTACT/ CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA FUERA DE LA AREA: NAME/NOMBRE: _____

ADDRESS/DOMICILIO _____ PHONE/TELEFONO _____ Relationship to Student/Relacion al Estudiante _____

PLEASE NOTE: STUDENT NAMES, PRIMARY PARENT NAMES AND EMAILS WILL BE RELEASED TO MCKINLEY FAMILIES FOR CLASS ROSTERS. IF YOU DO NOT WISH YOUR EMAIL TO BE RELEASED, PLEASE PROVIDE A WRITTEN REQUEST TO THE SCHOOL OFFICE BY SEPTEMBER 1ST. (SMMUSD Parent Handbook)

TENGA EN CUENTA QUE LOS NOMBRES DE ESTUDIANTES, LOS NOMBRES DE LOS PADRES PRIMARIOS Y LOS CORREOS ELECTRÓNICOS SERÁN DIVULGADOS A LAS FAMILIAS DE MCKINLEY PARA LAS LISTAS DE CLASES. SI NO DESEA QUE SU CORREO ELECTRÓNICO SEA PUBLICADO, POR FAVOR PRESTE UNA SOLICITUD ESCRITA A LA OFICINA DE LA ESCUELA PARA EL 1 DE SEPTIEMBRE. (Manual para padres de SMMUSD)

1. I authorize the release of photos and videos of my child for school related media/year book during the school year Please initial: Yes _____ No _____

Yo autorizo el uso de fotografías y videos de mi hijo(a) en representación de eventos de la escuela y el Libro de Recuerdos

Iniciales: Si _____ No _____

2. I give permission for my child to walk home from school. Yes: _____ No: _____ Signature of Parent or Legal Guardian (if yes) _____

Yo doy permiso para que mi hijo camine a casa desde la escuela. Si _____ No: _____ Firma del padre(si marca Si) _____

PARENT SIGNATURE/FIRMA DEL PADRE: _____ DATE/FECHA: _____