

NEW ADDRESS PERMIT ALLERGY
NUEVO DOMICILIO PERMISO ALERGICO/A

LAST NAME/APELLIDO _____ FIRST NAME/ NOMBRE _____ MIDDLE/INICIAL _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____ Male/Varón Female/Niña

FOR OFFICE USE: TEACHER: _____

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

STUDENT LIVES WITH: (CHECK ONE) BOTH PARENTS PARENT#1 PARENT#2 OTHER/ _____
EL ESTUDIANTE VIVE CON: (MARQUE UNO) LOS DOS PADRES PADRE#1 PADRE#2 OTRO/ _____

JOINT CUSTODY /CUSTODIA MUTUA – DAYS /DIAS _____ E-mail/CoreroElectronico _____
(If joint custody: EACH parent must complete a set of emergency cards. Si hay custodia mutual: CADA padre debe completar tarjetas de emergencia)

Street Address/Domicilio _____

Primary Phone Number/Numero Principal (This number will be used for all school business)
(Este numero sera utilizado para todos los asuntos relacionados con la escuela)

City /Cuidad _____

Zip Code/ZonaPostal _____

Home Phone/Telefono de su casa _____

PARENT/GUARDIAN 1: _____
PADRE/TUTOR #1 Name/Nombre Relationship to Student/Relacion al Estudiante Business Phone/Tel Trabajo Cell Phone/Celular

PARENT /GUARDIAN 2: _____
PADRE/TUTOR #2 Name/Nombre Relationship to Student/Relacion al Estudiante 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 un medico o dentista.

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

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

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 # _____

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 INITIAL BELOW/FAVOR DE PONER SUS INICIALES:

I give permission for my child to attend all field trips during the school year ./Yo doy permiso para que mi hijo(a) participe en todos los paseos este año Yes/Si No

I authorize the release of photos and videos of my child for school related media/year book during the school year Yes No

Yo autorizo el uso de fotografias y videos de mi hijo(a) en representacion de eventos de la escuela y el Libro de Recuerdos Si No

I authorize the release of my child's address and telephone number for a class roster/ Yo autorizo que en domicilio y telefono de mi hijo(a) aparezca en las lista de clase Yes/Si No

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