

****RELLENA COMPLETAMENTE EL DOCUMENTO****

<u>ENRICHMENT WORKSHOP FOR CHILDREN, INC.</u>	<u>Información de emergencia</u>
Nombre del hijo/a	La fecha de nacimiento:
Dirección de la calle:	Número de teléfono celular:
Ciudad y Estado:	Código postal:
Nombre de escuela:	Grado:
La fecha de inicio:	Maestro/a:
Día lleno o parcial?	Fecha de retirada (si aplicable):
Nombre de padre o cuidador/a (#1):	Empleador/a:
Dirección de trabajo:	Número de teléfono del trabajo:
Dirección de casa si es diferente del hijo:	Otro número de teléfono si aplicable:
Correo electrónico:	
Nombre de padre o cuidador/a (#2):	Empleador/a:
Dirección de trabajo:	Número de teléfono del trabajo:
Dirección de casa si es diferente del hijo:	Otro número de teléfono si aplicable:

Correo electrónico:	
<u>Contacto en caso de emergencia</u>	<u>Autorización para recoger a su hijo además de sus padres</u>
Nombre del contact #1:	Relación:
Dirección de casa:	Número del teléfono:

Nombre del contacto #2:	Relación:
Dirección de casa:	Número del teléfono:
<u>Información Médica / Permiso</u>	
Nombre del doctor de hijo/hija:	Número del doctor:
Dirección del doctor (incluye ciudad, estado y código postal):	Proveedor de seguro de salud: _____ Número de póliza: _____
Lista de las alergias:	Lista de necesidades especiales:
¿Su hijo/a ha sido identificado por el distrito escolar para una programación	Sí o No

especial?	En caso afirmativo, proporcione cual programa _____
¿Su hijo/a tiene un IEP (Plan de Educación Individualizado)?	Sí o No En caso afirmativo, proporcione una copia a la oficina
¿Existe alguna medicación, situación médica o necesidad dietética que debamos conocer?	Sí o No En caso afirmativo, describirlas en el fondo de este formulario
¿Existe un acuerdo de custodia que pueda afectar a su hijo en BASE?	Sí o No En caso afirmativo, proporcione una copia a la oficina.
FIRMA AL LADO DE CADA ARTÍCULO EL QUE DA PERMISO	TACHA CUALQUIER ARTÍCULO PARA LA QUE NO DES PERMISO
1. Doy permiso para que mi hijo/a sea transportado a un hospital para recibir tratamiento si hay una emergencia.	
2. Doy permiso para que mi hijo/a reciba atención médica o primeros auxilios.	
3. Doy permiso para que mi hijo/a salga a caminar afuera con un adulto	
4. Doy permiso para que mi hijo/a haga su tarea en BASE.	

5. Doy permiso para que la fotografía de mi hijo/a se utilice con fines publicitarios.	
6. Doy permiso para que mi hijo/a viaje en los autobuses del distrito escolar en caso de evacuación.	
7. Entiendo que EWC transferirá los registros de mi hijo/a a pedido mío durante 12 meses a partir del momento en que dejemos BASE.	

Firma de padre o cuidador/a

Fecha

EWC signature

Date

Received _____