

INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

DISTRITO ESCOLAR DE LEMON GROVE

NAME:

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
DOMICILIO	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/> , CA	<input style="width: 95%;" type="text"/>
TELÉFONO DEL HOGAR	NOMBRE DE LA MADRE	NOMBRE DEL PADRE
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

CONTACTOS DE EMERGENCIA / CUIDADO DE NIÑOS

Contactos en caso de emergencia (ST015) - Código de Educación requiere que provea los nombres por lo menos de 2 personas a quien la escuela tiene la autoridad de entregar o a llamar si no se puede encontrar a los padres en caso de una emergencia. Solo se permite entregar al estudiante a las personas nombradas en esta forma.

NOMBRE DEL CONTACTO 1	RELACIÓN AL ESTUDIANTE	TELÉFONO	TIPO DEL TELÉFONO
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
NOMBRE DEL CONTACTO 2	RELACIÓN AL ESTUDIANTE	TELÉFONO	TIPO DEL TELÉFONO
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

INFORMACIÓN MÉDICA

Si su hijo/a se enferma o se lastima seriamente y en la opinión de la escuela requiere de atención medica inmediata, (y no podemos localizarles) se le llamara a una ambulancia, con gastos a su cargo para llevarle al hospital más cercano.

¿TOMA EL ESTUDIANTE MEDICAMENTO EN UN RÉGIMEN CONTINUO? SI NO

SI SÍ, NOMBRE EL MEDICAMENTO	POR CUAL CONDICIÓN
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

DOCTOR DE LA FAMILIA	TELÉFONO DEL DOCTOR	DOMICILIO DEL DOCTOR
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
SEGURO MÉDICO (OPCIONAL)	NÚMERO DE LA IDENTIFICACIÓN / NÚMERO DE MEDI-CAL	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	

Aviso de la disponibilidad de seguro - Si desean aprovechar el seguro médico para estudiantes, siga las instrucciones de la carta de oferta.

OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

Nombre del niño	Fecha de nacimiento

NOTIFICACIONES PARA PADRES: Según el Código de Educación, secciones, 221.5, 231.5, 32255 et seq., 35160(b), 35183, 35256, 35291, 35291.5, 35291.7, 35294.6, 44807, 46010.1, 46014, 46600, 48205-48208, 48980, (a,b,c,e,h,i,j,k,l), 48980.3, 49060, 49073, 49403, 49423, 49451, 49455, 49472, 49480, 49510, 51101, 51201.5(d), 51260, 51938, 58501-58502, 51553-51555, 56300-56301, TITLE 5, CCR Section 300; Family Education Rights and Privacy Act of 1974 (FERPA); 5 CCR, Section 431(e) and EC 49053 et seq.; CCR TITLE 5 (5CCR), Section 3080, 4622, TITLE 40, CFR Section 763.93; TITLE VI, Civil Rights Act of 1964; TITLE IX, Educational Amendment Act of 1972; Rehabilitation Act of 1973, Section 504; Individuals with Special Education Disabilities Act (IDEA) HSC 120325-120380, 124100 and 124105; WIC 18976.5; Penal Code 290.4.

MI FIRMA CERTIFICA QUE HE PROPORCIONADO LA INFORMACIÓN CORRECTA AL MEJOR DE MI ENTENDER Y RECONOZCO HABER RECIBIDO LAS NOTIFICACIONES REQUERIDAS PARA PADRES .

LETRA MOLDE DE PADRES/GUARDIAN	FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN	FECHA