



Community Charter School of Paterson

EMERGENCY CONTACT FORM

IMPRIMA POR FAVOR

El Nombre del estudiante: _____ DOB: _____ Grado: _____

El Nombre de Parent/Guardian _____

La dirección: _____

El Número de teléfono de: _____ El Número de la célula: _____

El Médico: _____ El Hospital preferido: _____

Número de teléfono de doctor: _____

Doy permiso para la enfermera a hablar con el médico: yes no

La Información pertinente de la Salud: _____

Firma/fecha: _____

Las PERSONAS para SER CONTACTADAS EN CASO DE EMERGENCIA:

Primera Persona de Contacto: _____

La relación: _____ El Número de teléfono _____

El Número del Teléfono celular de: _____

Segunda Persona de Contacto: _____

La Relación: _____ El Número de teléfono _____

El Número del Teléfono celular de: _____