



ACADEMIA DE VERANO DE ROSLYN
Información en caso de emergencia/
Formulario de contacto en caso de emergencia

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRADO ACTUAL JUNIO 2019: _____

Contacto 1: _____ Contacto 2: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Número del Celular: _____ Número del Celular: _____

Correo Electrónico: _____ Correo Electrónico: _____

¿Este niño(a) tendrá un(a) hermano(a) en este programa este año? Sí No

Nombre(s): Grado actual completado en 2019:

1. _____

2. _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA – En caso que no podamos contactarlo(a), por favor indique los nombres de 2 personas autorizadas que podamos contactar.

1. Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

2. Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Historia médica: _____

ALERGIAS A COMIDAS, POLEN, INSECTOS U OTROS: _____

MEDICAMENTOS:

Las recetas médicas deben estar adjuntas a este formulario en caso que la enfermera necesite administrar un medicamento.

Si su hijo(a) ha sido diagnosticado con asma, por favor dejar el inhalador y las indicaciones de cómo usarlo en la oficina de la enfermera.

DOCTOR DE LA FAMILIA: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

DENTISTA DE LA FAMILIA: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

(COMPLETE LOS DOS LADOS DE ESTE FORMULARIO)