

TRENTON PUBLIC SCHOOLS
Trenton, New Jersey
Medical Department

SF 6

FORMULARIO DE EMERGENCIA

Año _____ Escuela _____ Maestra _____

Estimado padres:

Una enfermedad repentina o un accidente o golpe puede ocurrirle a su niño/a en cualquier momento. Es muy importante que la escuela se pueda comunicar con usted en caso de emergencia. Por favor, proveanos con la información que necesitamos y llene los blancos en este papel devuelva a la escuela lo más pronto posible.

****LE AGRADECEREMOS QUE NOS DEJE SABER INMEDIATAMENTE CUANDO HAYA UN CAMBIO DE DIRECCION O TELEFONO. Gracias

Nombre del niño/a _____ Seguro Social # _____

Dirección _____ Teléfono # _____

Nombre de la madre _____ Teléfono # _____

Dirección (madre) _____

Lugar de empleo de la madre _____ Número de trabajo _____

Nombre del padre _____ Teléfono _____

Dirección (padre) _____

Lugar de empleo del padre _____ Número de trabajo _____

Nombre, dirección y numero de teléfono de un pariente de confianza, amigo o vecino con quién podamos comunicarnos en caso de que no podamos conseguirlo a usted:

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____

Nombre de hermanos/as y la escuela donde están asistiendo:

Nombre

Escuela

Padres/Guardian _____ Fecha _____