

COLTON JOINT UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Student Emergency Card

Student's Name

Last Name First Name Middle Name

Home Phone() _____ Birth Date _____
 Unlisted

Address _____

City _____ Zip _____

Mother's Name _____

(Circle One: Mother, Step Mother, Guardian)

Address _____

City _____ Zip _____

Home Phone() _____ Cell() _____
 Unlisted Receive Text messages Yes No

Place of Business _____

Work Phone () _____ Ext. _____

E-mail Address _____

Father's Name _____

(Circle One: Father, Step Father, Guardian)

Address _____

City _____ Zip _____

Home Phone() _____ Cell() _____
 Unlisted Receive Text messages Yes No

Place of Business _____

Work Phone () _____ Ext. _____

E-mail Address _____

Names of Brothers and Sisters in District and/or in the Home:

_____ School _____ DOB ___/___/___

_____ School _____ DOB ___/___/___

_____ School _____ DOB ___/___/___

United States Armed Forces:

Is either parent/guardian on **Active Duty** in the Armed Forces? Yes No

If so, which branch: Air Force Army Coast Guard Marine Corps Navy

If Yes, started what month/year? _____

Is other parent/guardian on Full-Time National guard Duty? Yes No

If Yes, date started? ___/___/___

Grade _____ Student ID _____ (Office use only)

School _____ Date _____

Emergency Contacts: *Responsible persons, other than yourself, who can pick up or be called in case of an emergency or disaster (18 years or older):*

1. First/Last Name _____

Relationship _____ Phone(____) _____
(Circle One: Home Work Cell)

2. First/Last Name _____

Relationship _____ Phone(____) _____
(Circle One: Home Work Cell)

3. First/Last Name _____

Relationship _____ Phone(____) _____
(Circle One: Home Work Cell)

4. First/Last Name _____

Relationship _____ Phone(____) _____
(Circle One: Home Work Cell)

Family Doctor _____

Address _____

City _____ Daytime Phone (____) _____

Health Plan/Insurance Co. _____

Group/Policy # _____ None

Medical History:

My Child is allergic to the following medications/food/insect bites:

My Child takes the following medications at home:

My Child takes the following medications at school:

My Child has the following health problems:

My Child has no medical issues: Parent Initials: _____

Where is your child/family currently living? (check one box only) This information will be used to determine if your child qualifies for additional assistance under the "No Child Left Behind Act of 2001". In a single family residence With more than one family in a house or apartment due to economic hardship. Living with Others (Caregiver Affidavit) In a shelter or transitional housing program In a motel/hotel Temporarily unsheltered (car, camp site, etc) In a foster care placement or group home

Parents Rights

I have read the information on this form and understand its content. My signature verifies that I have been informed of my rights as a parent/guardian of a public school student. My signature DOES NOT indicate consent to participate in a particular program. I will send written notice to the school of any specific objections I have regarding my student's participation in a particular program or service. I understand that the health information may be shared verbally or in writing with school district personnel.

Signature of Parent or Guardian _____ Date _____

I OBJECT to the release of student information. I DO NOT OBJECT to the release of student information.

I understand that the Colton Joint Unified School District does not provide accident medical insurance for students for school related injuries but does offer student accident insurance for voluntary purchase. I have received the information and application for this program.

Please Check One: I will enroll my child in the program I will not enroll my child in the program.

Signature of Parent or Guardian _____ Date _____

As legal custodian of _____, a minor, I hereby authorize the principal or his/her designee, into whose care the aforementioned minor pupil has been entrusted, to consent to any X-ray, examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis, treatment, and/or hospital care to be rendered to said minor upon the advice of any licensed physician and/or dentist.

I understand that this authorization is given in advance of any required diagnosis, treatment, or hospital and provides authority and power to the aforementioned agent(s) to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment, or hospital care which a licensed physician or dentist may deem necessary.

This authorization shall remain effective for the full school year unless revoked in writing and delivered to said agent(s). I understand that the Colton Joint Unified School District, its employees and its Board assume no liability of any nature in relation to the transportation or treatment of said minor. I further understand that all costs of paramedic transportation, hospitalization, and any examination, X-ray, or treatment provided in relation to this authorization shall be my responsibility.

Signature of Parent or Guardian _____ Date _____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE COLTON

Tarjeta para uso en caso de emergencia

Nombre del alumno

Apellido _____ nombre _____ segundo nombre _____

Tel. en casa () _____ F D N _____
 Privado

Dirección _____

Ciudad _____ CP _____

Nombre de la madre

(Circule: madre madrastra tutor/guarda)

Dirección _____

Ciudad _____ CP _____

Tel. en casa () _____ celular () _____
 Privado Recibir mensajes de texto Si No

Lugar de trabajo _____ Tel. en trabajo

() _____ Ext. _____ Dirección de

correo electrónico: _____

Nombre del padre

(Circule: padre padrastro tutor/guarda)

Dirección _____

Ciudad _____ CP _____

Tel. en casa () _____ celular () _____
 Privado Recibir mensajes de texto Si No

Lugar de trabajo _____

Tel. en trabajo () _____ Ext. _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre los hermanos del alumno -inscritos o que viven en casa:

_____ escuela _____ FDN / /

_____ escuela _____ FDN / /

_____ escuela _____ FDN / /

Fuerzas armadas de los Estados Unidos de América:

¿Está alguno de los padres activamente sirviendo en las fuerzas armadas? Sí No

Rama: fuerza aérea ejército guardia costera marina mercante fuerza naval

¿En qué mes empezó su servicio? _____

¿Otro de sus padres/tutor sirve ahora tiempo completo en la Guardia Nacional? Sí No

¿En qué mes empezó su servicio? ____/____/____

Grado _____ # ID del alumno _____ (Office use only)

Escuela _____ fecha _____

Contactos de emergencia: *Personas responsables y mayores de edad -aparte de usted- que pueden recoger al alumno o a quienes podemos llamar en una emergencia o desastre:*

1. Nombre completo _____

Relación/parentesco _____ Tel. () _____
(Circule: casa trabajo celular)

2. Nombre completo _____

Relación/parentesco _____ Tel. () _____
(Circule: casa trabajo celular)

3. Nombre completo _____

Relación/parentesco _____ Tel. () _____
(Circule: casa trabajo celular)

4. Nombre completo _____

Relación/parentesco _____ Tel. () _____
(Circule: casa trabajo celular)

Médico familiar _____

Dirección _____

Ciudad _____ Tel. () _____

Plan/seguro médico _____

grupo/póliza _____ Ninguno

Historial médico:

Mi hijo es alérgico al siguiente medicamento/alimento/picadura de insecto:

Mi hijo toma los siguientes medicamentos en casa:

Mi hijo toma los siguientes medicamentos en la escuela:

Problemas de salud de su hijo –liste por favor:

Mi hijo no tiene problemas de salud. Iniciales del padre de familia: _____

¿Dónde viven actualmente Ud. y sus hijos? (Elija sólo uno.) Este dato se utilizará para saber si su hijo es elegible para asistencia adicional bajo la ley NCLB del 2001. En una casa, sólo con la familia inmediata Por economía- en casa/apartamento con otra familia El alumno vive con un guarda (Autorización de cuidado) En un albergue o programa de vivienda de transición En un motel/hotel Temporalmente sin refugio: automóvil, campamento, etc. En hogar de crianza temporal o casa-hogar en grupo

Derechos de los padres de familia

He leído la información del formulario y entiendo su contenido. Mi firma indica que se me ha informado sobre mis derechos como padre/tutor de un alumno inscrito en una escuela pública. Mi firma NO indica que autorice la participación de mi hijo en un programa específico. Si tengo alguna objeción sobre la participación de mi hijo en algún programa o la recepción de algún servicio enviaré un aviso a la escuela por escrito. Entiendo que la información que de sobre la salud de mi hijo puede compartirse con personal del distrito escolar.

Firma del padre/madre o tutor _____ fecha _____

ME OPONGO a que el distrito comparta datos (directorío) de mi familia.

NO ME OPONGO a que el distrito escolar comparta datos (directorío) de mi familia.

Entiendo que el Distrito escolar unificado de Colton no proporciona a su alumnado seguro de accidente por daños sucedidos al alumno en su escuela; sin embargo, ofrece la compra voluntaria de un seguro a los padres del alumno. He recibido información y la solicitud para este programa.

Indique su preferencia por favor: Inscribiré a mi hijo en el programa. No voy a inscribir a mi hijo en el programa.

Firma del padre/tutor _____ fecha _____

Como tutor legal de _____, quien es menor de edad; por medio de la presente autorizo al director/su representante, bajo cuidado de quien está el menor antes mencionado, consiento a cualquier examen, rayos x, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento, y/o cuidado de hospital proveído al menor por recomendación de un médico o dentista titulado.

Esta autorización es efectiva por todo el año escolar a menos que la revoque o entregue por escrito a los autorizados. Comprendo que el Distrito escolar unificado de Colton, sus empleados y su Consejo educativo no asumen ningún tipo de responsabilidad relacionada al transporte ni tratamiento del menor mencionado. Además, entiendo que el costo de transport en ambulancia, paramédicos, hospitalización, y cualquier radiografía o tratamiento relacionado a esta autorización que sea brindado, será mi entera responsabilidad.

Firma del padre/tutor _____ fecha _____