

# Expanded Learning Program

## 2019-2020 Emergency Card

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Grade (Aug. 2019) \_\_\_\_\_

Birthdate: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_

Father/Guardian's Name: \_\_\_\_\_ Work phone: \_\_\_\_\_

Cell phone: \_\_\_\_\_ Email address: \_\_\_\_\_

Mother/Guardian Name: \_\_\_\_\_ Work phone: \_\_\_\_\_

Cell Phone: \_\_\_\_\_ Email address: \_\_\_\_\_

In an emergency, what doctor/hospital should we call: (Name & Phone) \_\_\_\_\_

Any Allergies: \_\_\_\_ yes \_\_\_\_ no Allergic to: \_\_\_\_\_

Please state any chronic medical condition: \_\_\_\_\_

Does your child take any medicine regularly: \_\_\_\_ Name of Medication: \_\_\_\_\_

**Emergency Release Information:** To assure the safety and well-being of my child, **both** parents/guardians and the following persons are authorized to be notified in case of emergency and are able to sign for his or her release from Primetime/HEARTS: (Please include family members, neighbors, other Primetime/HEARTS families etc...over the age of 18)

| Name  | Relationship | Phone |
|-------|--------------|-------|
| _____ | _____        | _____ |
| _____ | _____        | _____ |
| _____ | _____        | _____ |
| _____ | _____        | _____ |
| _____ | _____        | _____ |
| _____ | _____        | _____ |

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Programa de Aprendizaje Extendido  
2019-2020 Tarjeta de Emergencia**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Grado(Aug. 2019) \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de madre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, ¿qué médico/hospital deberíamos llamar?: (nombre y teléfono)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna alergia?: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Alergia a: \_\_\_\_\_

Toma su hijo algún medicamento con regularidad: \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

En la oficina de la escuela? \_\_\_\_\_

**Información de emergencia:** Para garantizar la seguridad y el bienestar de mi hijo, **ambos** padres/tutores legales y las siguientes personas están autorizadas para ser notificados en caso de emergencia, y pueden firmar para que salga de Primetime/HEARTS:(Por favor incluya los miembros de la familia, vecinos, otras familias de Primetime/HEARTS, etc., mayores de 18 años de edad)

| <b>Nombre</b> | <b>Parentesco</b> | <b>Teléfono</b> |
|---------------|-------------------|-----------------|
| _____         | _____             | _____           |
| _____         | _____             | _____           |
| _____         | _____             | _____           |
| _____         | _____             | _____           |
| _____         | _____             | _____           |

Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_