

ESTATUS MILITAR

Circunde por favor el número debajo de éste corresponde al estatus militar del padre o del guarda del estudiante:

- 1 = **No los militares conectaron:** El estudiante no está conectado al militar.
- 2 = **Servicio activo:** El estudiante es un dependiente de un miembro de las fuerzas del servicio activo (a tiempo completo) - ejército, marina de guerra, fuerza aérea, Cuerpo del Marines, o guardacostas.
- 3 = **Protector nacional o reserva:** El estudiante es un dependiente de un miembro de las fuerzas del protector nacional o de reserva (ejército, marina de guerra, fuerza aérea, Cuerpo del Marines, o guardacostas).
- 4 = **Desconocido:** Es desconocido independientemente de si el estudiante militar-está conectado.

CONTACTO DE LA EMERGENCIA / DATOS MÉDICOS

APELLIDO LEGAL DEL ESTUDIANTE (Apellido incluyendo. Jr. or III)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SUFIJO
---	---------------	----------------	--------

Nombre de personas con excepción del padre/del guarda que pueden asumir el cuidado temporal del estudiante si el padre/el guarda no puede ser alcanzado.

CONTACTO #	NOMBRE (APELLIDO, Primer)	Relación al estudiante	Número de teléfono	Número celular
CONTACTO # 1	NOMBRE (APELLIDO, Primer)	Relación al estudiante	Número de teléfono	Número celular
CONTACTO # 2	NOMBRE (APELLIDO, Primer)	Relación al estudiante	Número de teléfono	Número celular
CONTACTO # 3	NOMBRE (APELLIDO, Primer)	Relación al estudiante	Número de teléfono	Número celular

Nombre del doctor que se llamará si el padre/el guarda no puede ser alcanzado en una situación de emergencia.

NOMBRE DEL DOCTOR	NÚMERO DE TELÉFONO
NOMBRE DEL DENTISTA	NÚMERO DE TELÉFONO

Enumere cualquier condición de salud tal como enfermedad cardíaca, diabetes, desorden de asimiento, problemas severos de las alergias, del ojo o del oído o cualquier condición crónica que usted, como el padre/guarda, piense que deba ser compartido con los profesores de estudiante:

Consideraciones médicas especiales: _____

Alergias: _____

El firmante queda autorizar a los funcionarios del distrito escolar regional de Woodstown-Piles Grove ponerse en contacto directamente con las personas nombradas en este formulario y autorizar a los médicos con nombre para representar ese trato como considere necesario en caso de emergencia, para la salud de dicho niño.

En caso de que los médicos, los padres u otras personas denominados en este formulario no se pueden contactar, los funcionarios de la escuela quedan autorizados a tomar cualquier acción que se considere necesario en su juicio para la salud del niño mencionada.

Yo no celebrará el distrito escolar financieramente responsables de la atención médica de emergencia y de transporte para dicho niño. Además, yo no celebrará el distrito escolar responsable de las lesiones sufridas por dicho niño como resultado del tratamiento médico y/o hospitalización autorizada en él.

Fecha

Firma del padre/guarda