



DISTRITO ESCOLAR RIVERVIEW

Hoja informativa sobre emergencias y desastres

Por favor escriba o imprima claramente

Habitación Número _____

Estudiantes Nombre _____ Calificación Nivel _____

DIRECCIÓN _____ Hogar Teléfono _____

Del padre Trabajar DIRECCIÓN _____ El chofer del padre Licencia# _____

_____ El trabajo del padre Número# _____

Fecha del padre de Nacimiento _____ Celular del padre Número# _____

De la madre Trabajar DIRECCIÓN _____ El conductor de la madre Licencia# _____

_____ El trabajo de la madre Número# _____

Cita de la madre de Nacimiento _____ Célula de la madre Número# _____

En caso de emergencia o desastre mayor durante el horario escolar, mi hijo puede ser entregado a la siguiente persona: (ESTE NOMBRE DEBE SER EL MISMO QUE FIGURA EN LA TARJETA DE EMERGENCIA DE SU HIJO)

Nombre _____ Teléfono de casa # _____

_____ Teléfono móvil # _____

DIRECCIÓN _____

Necesidades médicas:

Es posible que se guarde un suministro adicional de los medicamentos de su hijo en la oficina de salud de la escuela. Comuníquese con la enfermera de la escuela en el edificio de su hijo para hacer estos arreglos.

Se debe completar el formulario de *Política de Medicamentos* del distrito para administrar todos los medicamentos en la escuela.

Notifique a la enfermera del edificio de su hijo para actualizar cualquier medicamento, condición médica o alergia alimentaria.

Naturaleza de la firma del padre o Fecha del tutor

SOLO PARA USO ESCOLAR

El estudiante fue liberado a: _____

Por la oficina de la escuela personal: _____

Tiempo: _____ Fecha: _____

DEVUELVA ESTE FORMULARIO INMEDIATAMENTE AL MAESTRO DE AULA DE SU HIJO

