

EMERGENCY CONTACT CARD / FORMULARIO DE EMERGENCIA

Date/Fecha _____ Student ID _____ Bus # _____ Sex/Sexo M / F _____ Room Number _____

Child's Name/Nombre del niño/a _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____
Last/Apellido _____ Name/Nombre _____

Address/Dirección _____ Telephone/Telefono _____

Mother/Guardian's Information / Información de la Madre/GuardiánName/Nombre _____
Address/Dirección _____
Telephone/Telefono _____
Business Name/Nombre del Trabajo _____
Work Number/Numero del Trabajo _____
Cell Number/Número del Celular _____
Email Address/Dirección del correo electrónico _____
Relationship to student/Relación al estudiante _____**Father/Guardian's Information / Información de la Padre/Guardián**Name/Nombre _____
Address/Dirección _____
Telephone/Telefono _____
Business Name/Nombre del Trabajo _____
Work Number/Numero del Trabajo _____
Cell Number/Número del Celular _____
Email Address/Dirección del correo electrónico _____
Relationship to student/Relación al estudiante _____**WE NEED AT LEAST TWO (2) DIFFERENT EMERGENCY NUMBERS OF A FAMILY MEMBER OR FRIEND****NECESITAMOS POR LO MENOS DOS (2) NUMEROS DE EMERGENCIA DIFERENTES DE UN FAMILIAR O UN AMIGO/A**

- | | | | | |
|----|-------------|-------------------|-------------------------|----------------------|
| 1. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | Name/Nombre | Address/Dirección | Relationship/Parentesco | Telephone #/Telefono |
| 2. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | Name/Nombre | Address/Dirección | Relationship/Parentesco | Telephone #/Telefono |
| 3. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | Name/Nombre | Address/Dirección | Relationship/Parentesco | Telephone #/Telefono |
| 4. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | Name/Nombre | Address/Dirección | Relationship/Parentesco | Telephone #/Telefono |

Child's Doctor/Médico del Niño/a _____ Telephone # / Telefono _____

Is there anything about the health of this child that the school should know? / ¿Hay algo que debemos saber sobre la salud de su hijo/a?

Yes/Si _____ No _____

If yes, explain / Por favor explique:

Does your child have allergies or intolerance to food, medication or any other substance? Yes _____ No _____

¿ Tiene su niño/a algun tipo de alergias o intolerancia a alguna comida, medicina o cualquier otra sustancia? Si _____ No _____

If yes, explain / Por favor explique:

Does your child have Health Insurance? / ¿Tiene seguro medico su niño/a?

Yes/Si _____ If yes, name of insurance company _____

Si la respuesta es sí, nombre de la compañía de seguro _____

No _____ NJFamily Care provides free or low cost health insurance for uninsured children and certain low income parents. For more information call 800-701-0710 or visit www.nifamilycare.org to apply online.No _____ NJFamilyCare provee seguro medico gratis o a bajo costo para niños sin seguro y padres que tengan bajo ingreso. Para más información llame al 800-701-0710 o visite www.nifamilycare.org para aplicar en el internet.**You may release my name and address to the NJFamilyCare Program to contact me about health insurance.****Puede proveer mi nombre y dirección al programa de NJFamilyCare para informarme del seguro médico.**

Signature/Firma _____ Print Name/Escribir Nombre _____ Date/Fecha _____