

Seeley ASES Program Registration Form
2016-2017

Accident & Emergency Information Form

Student _____
Last First Middle Initial

Teacher: _____ Grade: _____ Male Female Birthday _____

Street Address _____ Telephone _____

P.O. Box _____ City _____ State _____

Mother's Cell _____ Father's Cell _____

Father's Name _____ Employed By: _____ Telephone _____

Mother's Name _____ Employed By: _____ Telephone _____

Please complete Early Release Policy to designate release guidelines for your child.
_____ Early Release Policy Completed

The persons listed below are designated to pick up or receive my child if I, as parent/legal guardian, am unable to do so:

- | | | | |
|----|-------|-------|-----------------------|
| 1. | _____ | _____ | _____ |
| | Name | Phone | Relationship to Child |
| 2. | _____ | _____ | _____ |
| | Name | Phone | Relationship to Child |
| 3. | _____ | _____ | _____ |
| | Name | Phone | Relationship to Child |
| 4. | _____ | _____ | _____ |
| | Name | Phone | Relationship to Child |

Family Doctor _____ Telephone _____

* List any allergies or health problems your child has _____

PERMISSION FOR EMERGENCY TREATMENT

In the event that (student's name) _____ should become seriously ill or injured and the Seeley School After School Program officials are unable to contact us (Parents or guardians) and the Seeley School After School Program officials determine that emergency treatment by a licensed doctor is necessary for the preservation of his or her life and/or health; we do hereby give our consent for our child to be taken to El Centro Regional Medical Center & examined by a doctor.

PERMISSION GRANTED THIS DAY _____ 20____

Signed _____ Signed _____
Parent – Guardian Parent – Guardian

Forma de Registro para Seeley ASES
2016-2017

Forma de Información para Accidentes & Emergencias

Estudiante _____
Apellido Nombre Inicial

Maestra/o: _____ Grado: _____ Masculino Femenino Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono _____

Apartado Postal _____ Ciudad _____ Estado _____

Celular de Madre _____ Celular de Padre _____

Nombre de Padre _____ Empleado Por: _____ Teléfono _____

Nombre de Madre _____ Empleada Por: _____ Teléfono _____

Complete por favor la forma de Autorización para la Salida Temprana y Asistencia Modificada.
_____ Forma de Autorización para la Salida Temprana completada

Las personas indicadas abajo serán designadas para recoger o recibir a mi hijo/a en caso de que yo, como padre, no pueda:

- | | | | |
|----|--------|----------|----------------------|
| 1. | _____ | _____ | _____ |
| | Nombre | Teléfono | Relación a mi hijo/a |
| 2. | _____ | _____ | _____ |
| | Nombre | Teléfono | Relación a mi hijo/a |
| 3. | _____ | _____ | _____ |
| | Nombre | Teléfono | Relación a mi hijo/a |
| 4. | _____ | _____ | _____ |
| | Nombre | Teléfono | Relación a mi hijo/a |

Doctor Familiar _____ Teléfono _____

* Alergias o Problemas médicos que tenga su hijo/a _____

PERMISO PARA TRATAMIENTO MEDICO

En el evento que (nombre de estudiante) _____ debe llegar a ser gravemente enfermo/a o herido/a y los oficiales del Programa para después de Clases de la Escuela de Seeley no puedan comunicarse con nosotros (Padres o guardianes) y los oficiales del Programa para después de Clases de la Escuela de Seeley determinen que un tratamiento de emergencia por un médico licenciado es necesario para la conservación de su vida y/o la salud; nosotros damos nuestro consentimiento para que nuestro niño sea llevado a El Centro Regional Medical Center & examinado por un médico.

PERMISO OTORGADO ESTE DIA _____ 20 _____

Firma _____ Firma _____
Padre-Guardián Padre-Guardián