

STUDENT EMERGENCY FORM

It is extremely important that the school be able to reach families in the event of an emergency. Please fill out this form completely and return it to your child's school.



STUDENT NAME: _____ **DATE OF BIRTH:** _____
(Print name)

Grade: _____ Homeroom: _____

Home Address: _____ Home Phone: _____
_____ E-mail: _____

MOTHER/GUARDIAN: _____ **FATHER/GUARDIAN:** _____
(Print name) (Print name)

Cell #: _____

Cell #: _____

Work #: _____

Work #: _____

E-mail: _____

E-mail: _____

Does your child have siblings or cousins attending the same school?

Name: _____ Grade: _____ Relationship: _____

Name: _____ Grade: _____ Relationship: _____

Who regularly picks up your child **AFTER SCHOOL**?

- Parent/Guardian
- Bus #/RIPTA _____
- Child Care/After School Provider
(For example: YMCA, Boys & Girls Club, etc.)
- Other Child Care Provider
Name: _____
Emergency #: _____

Please **MARK** if any of these conditions apply to your child:

- Asthma
- Diabetes
- Food Allergy
- Glasses
- Hearing Difficulties
- Seizures
- Other: _____

Do you have a NO CONTACT order against any person(s) in regards to your child? Yes No

If you marked yes, please list the person(s) name(s) _____

*A copy of a valid Non Contact Order must be filed in the Main Office of your child's school.

The names listed below are allowed to pick up your child. They **MUST** have a picture ID.

1. _____ Phone #: _____
2. _____ Phone #: _____
3. _____ Phone #: _____

Language Preference: The Providence School District always aims to better meet the language needs of our families. By answering the following questions, you will be assisting the school district in its plans to expand translation services.

In what language would you want to receive written information? _____

In what language would you want to receive telephone messages? _____

Parent Signature: _____ **Date:** _____

FORMULARIO ESTUDIANTIL DE EMERGENCIA

Es extremadamente importante que la escuela pueda contactarlos en caso de emergencia.
Favor de llenar este formulario por completo y devolverlo a la escuela de su niño(a).



NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____
(Escriba en letras de molde)

Grado: _____ Salón de clases: _____

Dirección: _____ Teléfono (casa): _____
Correo electrónico: _____

MADRE: _____
(Escriba en letras de molde)

Celular: _____

Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

PADRE: _____
(Escriba en letras de molde)

Celular: _____

Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

¿Tiene su niño(a) hermanos o primos que van a la misma escuela?

Nombre: _____ Grado: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Grado: _____ Parentesco: _____

¿Quién recoge a su niño **DESPUÉS DE CLASES**?

Padre/guardián

de autobús/autobús público _____

Cuidado infantil/Proveedor Después de Clases
(Por ejemplo: YMCA, Boys & Girls Club, etc.)

Otro proveedor de cuidado infantil

Nombre: _____

de emergencia: _____

MARQUE si una de estas condiciones aplica a su niño(a):

Asma

Diabetes

Alergia a ciertas comidas

Lentes

Dificultades auditivas

Ataques

Otra: _____

¿Tiene usted una orden de **NO CONTACTO** contra alguna persona(s) referente a su niño(a)? Si No

Si marco que "si", favor de listar el nombre de la persona(s) _____

*Una copia válida de la Orden de No Contacto debe entregarse a la oficina principal de la escuela de su niño(a).

Los nombres listados abajo tienen permiso para recoger a mi niño(a). Ellos(as) DEBEN tener una identificación con foto.

1. _____ Teléfono: _____

2. _____ Teléfono: _____

3. _____ Teléfono: _____

Preferencia de idioma: El distrito escolar siempre trata de cubrir las necesidades de las familias, incluyendo el idioma. Respondiendo a las siguientes preguntas, usted ayudará al distrito en sus planes de mejorar los servicios de traducción.

¿En qué idioma desea recibir información por escrito? _____

¿En qué idioma desea recibir mensajes telefónicos? _____

Firma del padre: _____

Fecha: _____