



CHILDCARE LEARNING CENTERS

EMERGENCY FORM



Child's Name _____	Date of Birth ____/____/____	Classroom _____
Nombre del niño _____	Fecha de nacimiento _____	Salón de clase _____
Address _____	City _____ State _____	Zip Code _____
Dirección _____	Ciudad _____ Estado _____	Código postal _____
Child's School Hours _____	Child Lives With: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother&Father <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other _____	
Horario del niño _____	El niño vive con: Mamá Papá Mamá & papá Guardián Otro _____	

Child's Doctor Name _____	Child's Dentist Name _____
Child's Doctor Address _____	Child's Dentist Address _____
Doctor's Phone _____	Dentist Phone _____
Allergy Information _____	Medication Information _____

Parent/Guardian Name (Mother): Nombre de la madre/guardián :	Parent/Guardian Name (Father): Nombre del padre/guardián
Address: Dirección:	Address: Dirección:
Home Phone: Teléfono de la casa:	Home Phone: Teléfono de la casa:
Employer/School Name: Nombre del empleador o de la escuela si estudia:	Employer/School Name: Nombre del empleador o de la escuela si estudia:
Employer/School Address: Dirección del trabajo o de la escuela si estudia:	Employer/School Address: Nombre del empleador o escuela si estudia:
Employer Phone: Teléfono del trabajo	Employer Phone: Teléfono del trabajo
Employment/School Hours: Horario de trabajo o escuela si estudia:	Employment/School Hours: Horario de trabajo o escuela si estudia:
Cell Phone: Número del celular	Cell Phone: Número del celular

In Case of Emergency, the following people are authorized to remove my child from the school. (Please notify these contacts that their names are on this list and that they must show picture identification at pick-up.) CLC requires a minimum of 2 contacts in addition to enrolling parents.

En caso de emergencia, las siguientes personas están autorizadas para retirar mi niño de la escuela cuando yo no pueda. Por favor informe a estas personas que usted nos dio sus nombres y por favor asegúrese que traigan una identificación con foto cuando vengan. Necesitamos por lo menos el nombre de dos (2) personas.

<u>Nombre</u>	<u>Parentesco con su niño</u>	<u>Teléfono durante el día</u>
1. Name: _____	Relationship to Child: _____	Daytime Phone: _____
2. Name: _____	Relationship to Child: _____	Daytime Phone: _____
3. Name: _____	Relationship to Child: _____	Daytime Phone: _____
4. Name: _____	Relationship to Child: _____	Daytime Phone: _____
5. Name: _____	Relationship to Child: _____	Daytime Phone: _____
6. Name: _____	Relationship to Child: _____	Daytime Phone: _____

The Following People Have Restricted Contact and MAY NOT pick up my child or visit my child.

Las siguientes personas tienen una orden de restricción y por lo tanto NO PUEDEN retirar a mi hijo de la escuela.

There is a court order outlining this request: Tienen una orden expedida por la corte: Yes No

1. Name: _____	Relationship to Child: _____
2. Name: _____	Relationship to Child: _____

Enrolling Parent Signature: _____ Date: ____/____/____ Enrollment Date: ____/____/____



CHILDCARE LEARNING CENTERS EMERGENCY FORM



I give my permission to the CLC to take whatever emergency measures (e.g., first aid, disaster evacuation) as judged necessary for the care and protection of my child while under its supervision.

In case of medical emergency, I understand that my child will be transported to an appropriate medical facility by the local emergency unit for treatment if the local emergency resource, such as police or rescue squad, deems such action necessary. My child will be transported at my expense, and I understand that emergency medical and/or dental care bills must be submitted first to my child's medical insurance for payment.

I understand that in some medical situations the staff of the CLC will need to contact the local emergency resource before the parent, the child's physician, and/or another adult acting on the parent's behalf.

I fully understand that it is my responsibility to keep the information on this form current and correct. If I fail to do so, this may result I a suspension of care or some other remedy.

Doy permiso al CLC para que en caso de emergencia tome cualquier medida necesaria (por ej. administrar los primeros auxilios, evacuación en caso de desastre) como juzgue necesario para el cuidado y protección de mi hijo mientras esta bajo su supervisión.

En caso de emergencia médica, mi hijo será transportado a un centro médico apropiado, por una unidad de emergencia médica local para tratamiento, si el recurso de emergencia como la policía o el escuadrón de rescate, lo considera necesario. Mi hijo será transportado a mis expensas, y entiendo que las facturas por concepto de emergencia médica y/o cuidado dental deberán ser sometidas primero al seguro médico de mi hijo para su pago.

Entiendo que en algunas situaciones médicas el personal de CLC necesitará contactar el recurso médico local antes que a los padres, al médico del niño y/u otro adulto que actúe en nombre de los padres.

Yo entiendo perfectamente que es mi responsabilidad mantener la información de este formulario actualizada y correcta. En caso contrario, mi hijo puede ser suspendido del programa.

Signature of Enrolling Parent or Guardian: _____

Firma del padre/madre que matricula

Relationship to Child: _____

Relación con el niño

Name of Child: _____

Nombre del niño

Date: ____ / ____ / ____
Fecha

This permission grant expires one (1) year from the date of signature.

Este permiso expira un (1) año después de ser firmado