

EMERGENCY CONTACT AND MEDICAL RELEASE FORM
St. Stanislaus- St. Christopher Religious Education Program

STUDENT FULL NAME	DATE OF BIRTH	GRADE	LIST MEDICAL, ALLERGIES AND/OR SIGNIFICANT MEDICAL HISTORY

Emergency Contact Numbers

Parent/Guardian 1: speaks: __English __Spanish

Parent/Guardian 2: speaks: __English __Spanish

Name _____

Name _____

Home: _____

Home: _____

Work: _____

Work: _____

Cell: _____

Cell: _____

If Parents cannot be reached who should we call?

Name _____ Phone Number _____ Relationship _____

General Permission: I/We the parent(s)/guardian(s) of the student(s) named above, hereby release and hold harmless St. Christopher Parish / St. Christopher School / St. Christopher Religious Education and any and all of its employees and volunteers from any and all liability to my/our child as the result of attending classes at our facility, or at any school sanctioned field trips/retreats.

Parent /Guardian Signature _____ Date _____

Medical Insurance Provider: _____ **Policy #:** _____

Medical Consent: Please sign this section, if after reasonable attempts to reach you have been unsuccessful, you give your consent for 1) any treatment deemed medically necessary; 2) treatment by any licensed physician if those listed below cannot be reached and if treatment would be compromised by delay. I agree to assume the financial responsibility for diagnosis/treatment and/or for medication deemed necessary.

Parent/Guardian Signature _____

Preferred Physician _____ **Phone** _____

Preferred Dentist _____ **Phone** _____

OR...

Refusal to Give Consent: I DO NOT give my consent to emergency medical treatment for any child. In the event of illness or injury requiring emergency treatment, if we cannot be reached, I wish the authorities to take NO ACTION

Parent/Guardian Signature: _____

IT IS THE RESPONSIBILITY OF THE PARENT/GUARDIAN TO UPDATE EMERGENCY INFORMATION AS NECESSARY

CONTACTO DE EMERGENCIA Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA
St. Stanislaus & St. Christopher Programa de Educación Religiosa

NOMBRE COMPLETO DE ESTUDIANTE	FECHA DE NACIMIENTO	GRADO	LISTA MEDICA, ALERGIAS / HISTORIA MÉDICA SIGNIFICATIVA

Números de Contacto de Emergencia

Padre/Tutor 1: idioma: __Inglés __Español

Padre/Tutor 2: idioma: __Inglés __Español

Nombre _____

Nombre _____

Casa: _____

Casa: _____

Trabajo: _____

Trabajo: _____

Cell: _____

Cell: _____

Si no podemos contactar a los Padres a quien la hablamos?

Nombre _____ Número de Tel. _____ Relación _____

Permiso General: Yo/Nosotros los Padres/tutores del estudiante(s) nombrados arriba, por la presente libera y exime de responsabilidad a la Parroquia de St. Christopher / Escuela de St. Christopher / Educación Religiosa de St. Christopher y a todos y cada uno de sus empleados y voluntarios de cualquier y toda responsabilidad hacia mi / nuestro hijo como resultado de asistir a clases en nuestras instalaciones, o en cualquier excursión/retiro autorizado por la escuela.

Firma de Padre /Tutor _____ Fecha _____

Proveedor de Seguro médico: _____ Policy #: _____

Consentimiento Medico: Por favor firme esta sección, si después de intentos de comunicarnos usted no han tenido éxito, usted da su consentimiento para: 1) cualquier tratamiento que se considere médicamente necesario; 2) tratamiento por cualquier médico con licencia si no se puede contactar a los que se listan a continuación y si el tratamiento se vería comprometido por la demora. Acepta asumir la responsabilidad financiera por el diagnóstico/tratamiento y/o por la medicación que se considere necesaria.

Firma de Padre/Tutor _____

Medico Preferido _____ **Tel.** _____

Dentista Preferido _____ **Tel.** _____

O...

Rechazo a dar Consentimiento: NO DOY mi consentimiento para el tratamiento médico de ninguno de mis hijos. En caso de enfermedad o lesión que requiera tratamiento de emergencia, si no pueden localizarnos, deseo que las autoridades NO TOMEN MEDIDAS

Firma de Padre/Tutor: _____

**ES RESPONSABILIDAD DEL PADRE/TUTOR ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN DE EMERGENCIA
 SEGÚN SEA NECESARIO**