

Southern Cayuga Central School District
Formulario de autorización de transporte / asistencia médica de emergencia

Programa de escuela _____ Deporte/Club/Clase _____
(Dibjuar un círculo alrededor de uno)

Nombre de estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Yo/Nosotros, los padres o guardianes del estudiante mencionado por este medio permito/permitimos que mi hijo/a sea transportado por Southern Cayuga Central School. Yo permito/nosotros permitimos que una persona médica calificada actúe en mi/nuestro nombre para autorizar atención médica, dental, quirúrgica y hospitalización para el/la estudiante mencionado en caso de que yo no puedo ser/nosotros no podemos ser localizados.

Padre/Guardián _____ Fecha _____
Firma

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Alergia a cualquier medicamento
Sí/No _____

Este documento será presentado al médico, dentista o representante apropiado del hospital en ese momento que atención médica urgente, cirugía dental u hospitalización pueden ser requeridos

SOUTHERN CAYUGA CENTRAL SCHOOL DISTRICT TRANSPORTATION / EMERGENCY CARE AUTHORIZATION FORM	
SCHOOL PROGRAM _____	SPORT/CLUB/CLASS _____ (CIRCLE ONE)
STUDENT NAME _____	BIRTH DATE _____
<small>I/We being the parent(s) or guardian(s) of the above named student do hereby allow my child to be transported by Southern Cayuga Central School. I/We allow a qualified medical person to act in my/our behalf in authorizing medical, dental, surgical, care and hospitalization for the above named student in the event I/We cannot be reached.</small>	
PARENT/GUARDIAN _____	DATE _____
<i>Signature</i>	
ADDRESS _____	
CITY _____	STATE _____ ZIP _____
PHONE _____	
ALLERGY TO ANY MEDICATION YES/NO _____	
<small>This document shall be presented to a physician, dentist or appropriate hospital representative at such time as emergency medical, dental surgical or hospitalization may be required.</small>	