

Holy Cross
126 High Street Santa Cruz, CA 95060

FORMATO DE EMERGENCIA
FORMACION DE FE

_____ Apellido del Niño _____ Nombre

Fecha de Nacimiento _____ Teléfono Casa _____

Nombre del Pápa: _____

Lugar donde Trabaja _____ Teléfono del Trabajo _____

Nombre de la Máma: _____

Lugar donde Trabaja _____ Teléfono del Trabajo _____

Personas a las que les podemos llamar en caso de que ustedes no puedan ser localizados:

1.- Nombre _____

Teléfono _____ Relación _____

2.- Nombre _____

Teléfono _____ Relación _____

3.- Nombre _____

Teléfono _____ Relación _____

En caso de emergencia debido a enfermedad o accidentes, cuando no pueda ser localizado(a) doy permiso a las personas encargadas de Formacion de Fe en Holy Cross, para que se le de tratamiento medico o dental a mi hijo(a).

Nombre del Doctor _____ Teléfono _____

Nombre del Dentista _____ Teléfono _____

Tiene su niño(a) problemas médicos tales como dificultad para oír, ver, asma, alergias, problemas cardiacos, epilepsia, etc. _____

El estudiante toma medicina todos los días? _____

_____ Firma de los Padres o Tutor

_____ Fecha