EMERGENCY AUTHORIZATION **TO BE FILLED OUT BY PARENT(S) OR LEGAL GUARDIAN(S)** please print in blue/black ink

Completed card must be returned in order to complete registration

☐ MALE ☐ FEMALE ☐ NON BINARY Grade ________ Room # ________ Student ID #__________________

STUDENT INFORMATION: ____ BIRTHDATE______________

Last Name First Name Middle Initial

Home Address: ______________________________ City ________________ Zip Code__________ Home Phone #______________

DO YOU HAVE COURT-ORDERED CHILD CUSTODY PAPERWORK, SCHOOL DAY DROP-OFF/PICK UP AGREEMENTS OR RESTRAINING ORDER? ____YES ____ NO
IF YES, PLEASE GIVE A COPY TO THE SCHOOL OFFICE MANAGER

NAME OF PARENT	EMPLOYER/MILITARY COMMAND	WORK PHONE	CELL PHONE	LIVES W/ STUDENT	MAY WE CONTACT YOU WITH TEXT MESSAGES?
PARENT/GUARDIAN Email:				YES / NO	YES / NO
PARENT/GUARDIAN Email:				YES / NO	YES / NO

IF WE/I CANNOT BE REACHED, AN AUTHORIZED SCHOOL OFFICIAL MAY CALL THE FOLLOWING REALTIVE(S) OR FRIEND(S) WHO WILL TAKE RESPONSIBILITY FOR MY CHILD'S CARE

1. NAME:____________________________ PHONE #__________________ 2. NAME:____________________________ PHONE #__________________

In the event the parent/guardian cannot be contacted, the school reserves the right to act in place of the parent(s)/guardian(s)

Signature of Parent/Guardian ______________________________________ Date:___________________________

In compliance with State Education Code 12020:

DOES YOUR CHILD RECEIVE MEDICATION DAILY _____ YES _____ NO

If your child does use any medication daily, please state:

NAME OF MEDICINE: ____

DATE STARTED:__________ DOCTOR:__________________ PHONE #____________

●*In an emergency, may a school official call the above named Physician regarding this student, if parent or guardian cannot be contacted?* ___ YES ___ NO

●**May we contact any Licensed Physician if your physician is not available?** ___ YES ___ NO

●May the School Nurse communicate regarding his/her care? ___ YES ___ NO

Physical Education is a state requirement, and restrictions require a Physician's statement. List any serious illnesses or accidents that could interfere with physical education activities:____

CONDITION If student has any of the listed, please "X"		DATE	CONDITION If student has any of the listed, please "X"		DATE
Wears Glasses			Allergies		
Frequent Headaches			Orthopedic Condition		
Hearing Impairment			Allergy to Bee Stings		
Epilepsy or Convulsion			Heart Condition		
Diabetes			Asthma		
Surgical Operations			Please Explain		
OTHER CONDITION: (Please explain)					

Hueneme Elementary School District submits claims to Medi-Cal for basic health screenings and services given to all students. Revenues received help to provide additional health services for all district students. **Parents will not be asked to pay for any school health services.**

I consent for billing to Medi-Cal/Insurance carriers for school health services provided for my child and for exchange of billing information with the school district's billing services company.
PLEASE INITIAL ______ YES ______ NO

Parent/Legal Guardian Signature:__________________________________ **Date:**________________

AUTORIZACIÓN DE CUIDADO DE EMERGENCIA   DEBE SER COMPLETADO POR LOS PADRES O GUARDIANES   POR FAVOR IMPRIMA CON TINTA AZUL O NEGRA

Se debe completar y regresar esta tarjeta para completar el registro

☐ **MASCULINO** ☐ **FEMENINO** ☐ **NO BINARIO**   **Grado** ________   **# de Salón** ________   **# Estudiantil**______________________

INFORMACION DEL ESTUDIANTE: ____ **FECHA DE NACIMIENTO**______________

Apellido   Nombre   Inicial

Domicilio: ______________________________ **Ciudad**______________ **Código Postal** ____________ **# de Teléfono** ______________

¿Tiene papeles de custodia de menores por orden judicial, acuerdo de dejar/recoger de la escuela u ordines de alejamiento? ___Sí ___ No

Si respondió si, por favor dar una copia a la secretaria de la escuela

NOMBRE DE PADRE/MADRE	EMPLEADOR/ COMANDO MILITAR	TELEFONO DE TRABAJO	TELEFONO DE CELULAR	¿VIVE CON EL ESTUDIANTE?	¿PODEMOS CONTACTARLO/A CON MENSAJE DE TEXTO?
PADRE/GUARDIAN Correo Electrónico:				SI / NO	SI / NO
PADRE/GUARDIAN Correo Electrónico:				SI / NO	SI / NO

SI NO NOS PUEDEN LOCALIZAR, UN OFICIAL ESCOLAR AUTORIZADO PUEDE LLAMAR AL SIGUIENTE PARIENTE o AMIGO, CUAL SERA RESPONSABLE POR EL CUIDADO DE MI HIJO/A. INFORMACION DE CONTACTO PRECISO ES MUY IMPORTANTE PARA EL CUIDADO DE SU HIJO/A.

1. NOMBRE__________________________ **# TELEFONO**______________ **2. NOMBRE**________________________ **# TELEFONO**______________

En el evento que el padre/guardián no puedan ser contactados, la escuela tiene el derecho de actuar en lugar del padre o guardián.

Firma de Padre/Guardián ___________________________________ **Fecha:**__________________________

En cumplimiento con el Código educacional 12020 del estado:

¿SU HIJO/A RECIBE MEDICAMENTO DIARIO? ____ **SI** ____ **NO**

Si su hijo/a usa medicamento diario, por favor declare:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: ______________________________________

FECHA QUE COMENZO__________ **DOCTOR:**______________ **TELEFONO**____________

●¿En caso de emergencia, puede algún oficial escolar contactar al doctor nombrado en relación al estudiante en caso que el padre/guardián no estén disponible? ___Si ____No

●**¿Podremos contactar a otro doctor si el suyo no está disponible?** ___Si ____No

●¿Puede comunicarse la enfermera escolar en relación a su cuidado?___Si ____No

La educación física es un requisito estatal, cualquier limitación requiere una nota de médico. Anote cualquier enfermedad seria o accidentes que interfieran con las actividades de educación física:______________________________

CONDICION Si el estudiante tiene alguno, por favor marque con "X"		FECHA	CONDICION Si el estudiante tiene alguno, por favor marque con "X"		FECHA
Usa Lentes			Alergias		
Dolor de Cabeza Frecuente			Condición Ortopédica		
Discapacidad Auditiva			Alergia a Picadura de Abeja		
Epilepsia o Convulsiones			Condición Cardiaca		
Diabetes			Asma		
Cirugía u Operaciones			Explique por favor:		
OTRA CONDICION: (por favor explique)					

El Distrito Escolar Elemental de Hueneme presenta reclamos a Medi-Cal por exámenes de salud y servicios básicos dados a todos los estudiantes. Los ingresos recibidos ayudan a proporcionar servicios adicionales de salud para todos los estudiantes del distrito. **No se les pedirá a los padres pagar por los servicios de salud escolares.**

Doy mi consentimiento para mandar cobros a Medi-Cal/compañías de seguro médico por los servicios de salud escolares proporcionados a mi hijo/a y para el intercambio de información de cobros con la compañía de servicios de cobros del distrito escolar. Por favor ponga sus iniciales ______ **SI** ______ **NO**

Firma de Padres/Guardián Legal:________________________________ **Fecha:**______________