

Escuelas Publicas de Cobb County
TARJETA DE LA ENFERMERIA

Grado _____ Maestra(o) _____ Escuela y Año _____

Nombre _____ Sexo M ___ F ___ Fecha de nacimiento _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Direccion _____ Teléfono de casa _____
Calle Ciudad Codigo

Nombres de los padres/guardians con los que el niño(a) vive(o tienen custodia legal):

Nombre Relación Teléfono de Trabajo Celular/Beeper Teléfono de Día

Nombre Relación Teléfono de Trabajo Celular/Beeper Teléfono de Día

Nombre de hermanos(as):

Escuela que atienden Fecha de nacimiento
Escuela que atienden Fecha de nacimiento

Problemas de Salud: _____ Alergias: Sí / No Liste: _____

Liste todos las medicinas que toma a rutina: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA: (que no sea padres/guardians) – POR FAVOR CONTACTOS LOCALES UNICAMENTE
Estas personas asumen temporalmente cuidado de mi niño(a) en caso de que no se puedan comunicar con nosotros.

1. Nombre Relación Teléfono de Día Celular/Beeper

2. Nombre Relación Teléfono de Día Celular/Beeper

***DECLARACION DE DESCARGO MÉDICO:** Por este medio yo autorizo a las escuelas de el condado de Cobb county darle asistencia de emergencia medica en al evento de que los padres y guardians no puedan ser contactados. Y asumo todos los cargos relacionados con lo mencionado.

Firma de los padres/guardians _____ Fecha _____

Escuelas Publicas de Cobb County
TARJETA DE LA ENFERMERIA

Grado _____ Maestra(o) _____ Escuela y Año _____

Nombre _____ Sexo M ___ F ___ Fecha de nacimiento _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Direccion _____ Teléfono de casa _____
Calle Ciudad Codigo

Nombres de los padres/guardians con los que el niño(a) vive(o tienen custodia legal):

Nombre Relación Teléfono de Trabajo Celular/Beeper Teléfono de Día

Nombre Relación Teléfono de Trabajo Celular/Beeper Teléfono de Día

Nombre de hermanos(as):

Escuela que atienden Fecha de nacimiento
Escuela que atienden Fecha de nacimiento

Problemas de Salud: _____ Alergias: Sí / No Liste: _____

Liste todos las medicinas que toma a rutina: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA: (que no sea padres/guardians) – POR FAVOR CONTACTOS LOCALES UNICAMENTE
Estas personas asumen temporalmente cuidado de mi niño(a) en caso de que no se puedan comunicar con nosotros.

1. Nombre Relación Teléfono de Día Celular/Beeper

2. Nombre Relación Teléfono de Día Celular/Beeper

***DECLARACION DE DESCARGO MÉDICO:** Por este medio yo autorizo a las escuelas de el condado de Cobb county darle asistencia de emergencia medica en al evento de que los padres y guardians no puedan ser contactados. Y asumo todos los cargos relacionados con lo mencionado.

Firma de los padres/guardians _____ Fecha _____

