

En caso de enfermedad, accidente o emergencia para los estudiantes mencionados anteriormente; o en caso de cierre temprano de la escuela, La escuela Sacred Heart está autorizada a contactar a los siguientes (en el orden deseado) si no se puede contactar a los padres:

Nombre _____ Teléfono de día _____ Cell _____
 Nombre _____ Teléfono de día _____ Cell _____
 Nombre _____ Teléfono de día _____ Cell _____

Mis hijos también pueden ser recogidos de la escuela por:

Nombre _____ Teléfono del día _____ Cell _____
Nombre _____ Teléfono del día _____ Cell _____
Nombre _____ Teléfono del día _____ Cell _____

Autorizo a Sacred Heart School y a la Arquidiócesis de Portland y sus representantes a usar su criterio para determinar la atención de emergencia y los procedimientos para mis hijos. También entiendo y acepto que la Arquidiócesis no asume ninguna obligación financiera por los gastos incurridos en la realización de procedimientos de emergencia y / o transporte de emergencia.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Médico _____

Cualquier afección médica que debamos tener en cuenta: _____

Otros comentarios: _____

Lleve a mi hijo al hospital más cercano en caso de emergencia.

En caso de enfermedad, accidente o emergencia para los estudiantes mencionados anteriormente; o en caso de cierre temprano de la escuela, La escuela Sacred Heart está autorizada a contactar a los siguientes (en el orden deseado) si no se puede contactar a los padres:

Nombre _____ Teléfono de día _____ Cell _____
 Nombre _____ Teléfono de día _____ Cell _____
 Nombre _____ Teléfono de día _____ Cell _____

Mis hijos también pueden ser recogidos de la escuela por:

Nombre _____ Teléfono de día _____ Cell _____
Nombre _____ Teléfono de día _____ Cell _____
Nombre _____ Teléfono de día _____ Cell _____

Autorizo a Sacred Heart School y a la Arquidiócesis de Portland y sus representantes a usar su criterio para determinar la atención de emergencia y los procedimientos para mis hijos. También entiendo y acepto que la Arquidiócesis no asume ninguna obligación financiera por los gastos incurridos en la realización de procedimientos de emergencia y / o transporte de emergencia.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Médico _____

Cualquier afección médica que debamos tener en cuenta : _____

Otros comentarios: _____

Lleve a mi hijo al hospital más cercano en caso de emergencia.