St. Mel Parish
Office of Religious Education
Emergency Card

2021/2022

_____ Family Last Name

Please print all information

Last Name	Home Address/City & Zip Code	Cell Phone	Home Phone

Father's First Name (last if different)	Employer/City	Cell Phone	Work Phone

Mother's First Name	Employer/City	Cell Phone	Work Phone

Those authorized to pick up my child/children

Name	Address	Cell Phone	Home Phone

Name	Address	Cell Phone	Home Phone

Name	Address	Cell Phone	Home Phone

Student's First Name Last Name if different from above	Date of Birth	Grade	Precautions/ Special Needs	Allergies	Medications

INSURANCE	GROUP #	Phone	Doctor

I also understand that in the event medical intervention is necessary, every attempt will be made to contact the persons listed on this form immediately. I f I cannot be reached in an emergency, I give permission to the physician or dentist selected by the program leader to hospitalize, to secure medical treatment, and/or order an injection, anesthesia, or surgery for my child as deemed necessary.

I understand all reasonable safety precautions will be taken at all times by the program coordinator and its agents during the events and activities. I agree not to hold St. Mel Parish, it's leaders, employees and volunteers liable for damages, losses, diseases, or injuries incurred by the subject(s) in this form.

_____ _____

Parent / Guardian Signature Date

Rev. 2022

Parroquia de St. Mel
Oficina de Educación Religiosa

2021/2022

Tarjeta de Emergencias

_____ **Apellido de la Familia**

Favor de usar letra de molde

Apellido	**Dirección Completa**	**Celular**	**Casa**
Nombre del Padre (apellido si es diferente)	**Empleador -/ Ciudad**	**Celular**	**Casa**
Nombre de la Madre	**Empleador -/ Ciudad**	**Celular**	**Casa**

Personas autorizadas a recoger a mi hijo(a)

Nombre	**Dirección**	**Celular**	**Casa**
Nombre	**Dirección**	**Celular**	**Casa**
Nombre	**Dirección**	**Celular**	**Casa**

Nombre del Estudiante Apellido si es diferente al de arriba.	Fecha de Nacimiento	Grado	Precauciones/ Necesidades Especiales	Alergias	Medicamentos

SEGURO MEDICO	# DE GRUPO	Teléfono	Médico

También comprendo que en caso de que se requiera intervención médica, todo esfuerzo se hará para inmediatament contactar a las personas mencionadas en esta forma. En el dado caso de que yo no pueda ser localizado en una emergencia, doy permiso al médico o dentista seleccionado por el líder, a hospitalizar, a asegurar tratamiento médico y/o inyección, anestesia o cirugía que sea necesaria para mi hijo(a).

Entiendo que todas las precauciones de seguridad estarán en efecto en todo momento por los coordinadores y sus agentes. Estoy de acuerdo a no hacer responsables a la parroquia de St. Mel, sus agentes, líderes, empleados y voluntarios por daños causados, pérdidas, enfermedades o heridas incurridas por las personas mencionadas en esta forma.

_____ _____

Firma del Padre o Guardián **Fecha**