

Iglesia de San Pedro Apostol  
Escuela Parroquial de Religion  
Informacion de Emergencia del Estudiante  
2017 – 2018

(POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLE)

Nombre Estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Nombre Estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Nombre Estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Nombre Estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Nombre Estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Nombre Padre/Guardian \_\_\_\_\_

Telefono Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Persona de Contacto (diferente de los padres ) en caso de emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

*En el caso de que mi hijo necesitew atencion medica, Yo autorizo al representante de St. Peter the Apostle Church a actuar en mi nombre:*

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del Padre

Pediatra \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Seguro de Salud \_\_\_\_\_ Poliza # \_\_\_\_\_

Hospital preferido \_\_\_\_\_