|  |
| --- |
| Up to Date Information |
| **Please take a moment to update *any* information for your child’s file.**  |
|  |  |  |
| Child’s Name |  | Date of Birth |
|  |  |  |
| Parent’s/Guardian’s Name |  | Parent’s/Guardian’s Name |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Home Phone |  | Work Phone |  | Home Phone |  | Work Phone |
|  |  |  |
| Address |  | Address |
|  |  |  |
| City, ST ZIP Code |  | City, ST ZIP Code |
|  |  |  |
| Alternative Contacts |
| \*These alternative contacts will be included as an addition to the previous contacts listed on your child’s emergency card. \* |
|  |  |  |
| Emergency Contact |  | Emergency Contact |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Home Phone |  | Work Phone |  | Home Phone |  | Work Phone |
|  |  |  |
| Address |  | Address |
|  |  |  |
| City, ST ZIP Code |  | City, ST ZIP Code |
|  |  |  |
| Medical Information |
|  |
|  |  |  |
| Physician’s Name |  | Phone Number |
|  |  |  |
| Medical Insurance Type  |  | Policy Number |
|  |
|  |
| Parent’s/Guardian’s Signature |  | Date |
|  |  |  |
| Staff Signature |  | Date |



|  |
| --- |
| Nuevo Información  |
| **Por favor escribe cualquier información hasta la fecha.**  |
|  |  |  |
| Nombre de hijo/a |  | Fecha de Nacimiento  |
|  |  |  |
| Nombre de Padres/Guardián |  | Nombre de Padres/ Guardián |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Numero de Teléfono de casa  |  | Numero de Teléfono de trabajo  |  | Numero de Teléfono de casa |  | Numero de Teléfono de trabajo |
|  |  |  |
| Dirección |  | Dirección  |
|  |  |  |
| Ciudad, Estado POSTAL |  | Ciudad, Estado POSTAL |
|  |  |  |
| Otro Personas para Emergencia |
| \*Estas personas incluirán en tarjeta de emergencia en clase de tu hijo(a). \* |
|  |  |  |
| Contacto de Emergencia  |  | Contacto de Emergencia  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Número de Teléfono de casa |  | Número de Teléfono de trabajo |  | Número de Teléfono de casa |  | Número de Teléfono de trabajo |
|  |  |  |
| Dirección |  | Dirección  |
|  |  |  |
| Ciudad, Estado POSTAL |  | Ciudad, Estado POSTAL  |
|  |  |  |
| Información Medico  |
|  |
|  |  |  |
| Nombre de Doctor  |  | Teléfono de Doctor  |
|  |  |  |
| Seguro Medico  |  | Numero de Póliza  |
|  |
| La Firma de Padres/Guardián  |  | Fecha  |
|  |  |  |
| La Firma de Personal |  | Fecha  |