



**Arizona Department of Education
Arizona Residency Documentation Form**

Student _____ School _____

School District or Charter Holder _____

Parent/Legal Guardian _____

As the Parent/Legal Guardian of the Student, I attest* that I am a resident of the State of Arizona and submit in support of this attestation a copy of the following document that displays my name and residential address or physical description of the property where the student resides:

- ___ Valid Arizona driver's license, Arizona identification card or motor vehicle registration
- ___ Real estate deed or mortgage documents
- ___ Property tax bill
- ___ Residential lease or rental agreement
- ___ Water, electric, gas, cable, or phone bill
- ___ Bank or credit card statement
- ___ W-2 wage statement
- ___ Payroll stub
- ___ Certificate of tribal enrollment or other identification issued by a recognized Indian tribe that contains an Arizona address.
- ___ Documentation from a state, tribal or federal government agency (Social Security Administration, Veteran's Administration, Arizona Department of Economic Security)

___ I am currently unable to provide any of the foregoing documents. Therefore, I have provided an original affidavit signed and notarized by an Arizona resident who attests that I have established residence in Arizona with the person signing the affidavit. **See Page 2 of Residency Form**

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

*For members of the armed services, the provision of verifiable documentation does not serve as a declaration of official residency for income tax or other legal purposes.



State of Arizona
Department of Education
Office of English Language Acquisition Services

**Primary Home Language Other Than English (PHLOTE)
Home Language Survey**
(Effective April 4, 2011)

These questions are in compliance with Arizona Administrative Code, R7-2-306(B)(1), (2)(a-c).

Responses to these statements will be used to determine whether the student will be assessed for English Language Proficiency.

1. **What is the primary language used in the home regardless of the language spoken by the student?** _____
2. **What is the language most often spoken by the student?** _____
3. **What is the language that the student first acquired?** _____

Student Name _____ Student ID _____

Date of Birth _____ SAIS ID _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

District or Charter _____

School _____

Please provide a copy of the Home Language Survey to the ELL Coordinator/Main Contact on site.

In SAIS, please indicate the student's home or primary language.

Paradise Valley Unified School District • Phoenix, Arizona

SCREENING FORM – VALORACIÓN INICIAL

SCREENING MUST BE COMPLETED WITHIN 45 CALENDAR DAYS OF ENROLLMENT

Enrollment Date: _____ Student ID #: _____ Teacher: _____

TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN AT TIME OF REGISTRATION LOS PADRES DEL ALUMNO LLENAN ESTA SECCIÓN

Student Name [Nombre del alumno]	<input type="checkbox"/> Male [Masculino] <input type="checkbox"/> Female [Femenino]	Date of Birth [Fecha de nacimiento]	Age [Edad]	Grade [Grado]	School [Escuela]
Last Grade Attended [Último grado al que asistió]		Year Attended [Año en que asistió]		Last School Attended [Última escuela a la que asistió]	
Student Home Address [Dirección de la casa del alumno]			City [Ciudad]	Zip [Zona Postal]	Home Phone [Teléfono de casa]
Ethnicity [Grupo étnico]	Language Spoken at Home [Idioma que se habla en casa]	Language Spoken by Student [Idioma que habla el alumno]	First Spoken Language of Student [Primer idioma que habló el alumno]		

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ **DATE:** _____
[FIRMA DE UNO DE LOS PADRES O TUTOR LEGAL]: _____ **[FECHA]:** _____

TO BE COMPLETED BY SCHOOL NURSE

ACUITY Snellen Test <input type="checkbox"/> SPOT <input type="checkbox"/> Distance: Wears Glasses: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Both Eyes: Right Eye: Left Eye: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Near: Wears Glasses: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Both Eyes: Right Eye: Left Eye: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/>	VISION SUBTEST Ocular Alignment Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Color Deficiency Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> HEARING Pure Tone <input type="checkbox"/> Impedance <input type="checkbox"/> OAE <input type="checkbox"/> Right Ear: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Left Ear: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> HEIGHT _____ WEIGHT _____	NEUROMATURATIONAL/DEVELOPMENTAL Dominance: Hand ____ Eye ____ Leg ____ Fine Motor: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Gross Motor: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Tactile/Kinesthetic: Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/>
--	--	---

EDUCATIONALLY RELEVANT HEALTH INFORMATION: _____ **NURSE SIGNATURE:** _____ **DATE:** _____

TO BE COMPLETED BY CLASSROOM TEACHER

<p style="text-align: center;">1. VISION</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Holds book too close or too far <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Squints or has trouble seeing board <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has trouble with eyes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has weak note taking skills <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p style="text-align: center;">2. SOCIAL or BEHAVIORAL</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Displays externalizing behaviors (fighting, assaulting, vandalizing) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Displays internalizing behaviors (fears, phobias, depression, withdrawn) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has difficulty with unstructured environments or transitions between activities <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has difficulty developing or maintaining peer or adult relationships <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Displays inappropriate types of behavior or feelings under normal circumstances <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p style="text-align: center;">3. MOTOR SKILLS</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has short attention span <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problems with gross motor development (clumsy or awkward) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problems with fine motor skills (reaching, grasping, manipulation of objects) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p style="text-align: center;">4. COGNITIVE or ACADEMIC</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Learns very slowly compared to peers <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Attention problems (short attention span, focused on less relevant stimuli) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Below grade level in reading: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Below grade level in writing: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Below grade level in math: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficulty acquiring, retaining, recalling, manipulating information <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p style="text-align: center;">5. ADAPTIVE DEVELOPMENT</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Poor self care skills related to personal hygiene, dress, maintaining personal belongings <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Poor social skills related to working cooperatively with peers, social perceptions, response to social cues, or socially acceptable language <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lack of school coping behaviors related to attention to learning tasks, organizational skills, questioning behavior, following directions, and monitoring time use <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p>	<p style="text-align: center;">6. COMMUNICATION</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficulty understanding directions <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficulty expressing ideas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficulty expressing needs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficulty producing speech sounds <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p style="text-align: center;">7. HEARING</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Does not respond to name, directions, or questions in class <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequently asks for information to be repeated or asks, "What?" <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has significantly delayed language <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Has frequent earaches <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Seems not to pay attention <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p style="text-align: center;">8. TRANSFER STUDENT RECORDS REVIEW</p> <p>Last grade attended: _____ Year attended: _____ Last school attended: _____ Date records requested: _____ Received: _____ Date records reviewed: _____ Reviewer: _____ History of early intervention or special education? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No History of poor performance or progress in school? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> NO PROBLEM AT THIS TIME <input type="checkbox"/> PROBLEM NOTED: See Administrative Action below.</p> <p>TEACHER SIGNATURE: _____ DATE: _____</p> <p style="text-align: center;">9. ADMINISTRATIVE ACTION</p> <p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parents notified in 10 school days if concerns were noted: Date _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Current IEP/Special Education Records Received/Reviewed <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Referred for Teacher Assistance Team: Date _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Referred for 504 Plan: Date _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>ADMINISTRATOR SIGNATURE: _____ DATE: _____</p>
--	--

TO BE COMPLETED BY SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGIST

If student has been screened by the Speech-Language Pathologist, please indicate results: No apparent problems Typical developmental errors

Area(s) of concern: _____

SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGIST SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

Parents of new students: Please fill out form in its entirety.

A los padres de los alumnos nuevos: Favor de llenar completamente este formulario.

Parents of returning students: Make corrections to pre-printed information in shaded area below each proper section, complete reverse side, date and sign card, and return to the classroom teacher. NOTE: Registration and enrollment requirements are NOT satisfied until this emergency card is completed, signed by the parent/guardian and on file in the health office. Grades will NOT BE RECORDED for students with incomplete registration status.

A los padres de alumnos que regresan nuevamente con nosotros: Si tienen cambios, favor de hacer las correcciones en el espacio sombreado indicado abajo de la información impresa que desean cambiar, completan el reverso de la hoja con su firma y fecha en que firmaron y devuelvan al maestro. NOTA IMPORTANTE: NO quedará completa la inscripción ni los requisitos de inscripción hasta que dicho formulario esté llenado debidamente con firma del padre de familia o tutor legal y se encuentre en el expediente del alumno en la enfermería de la escuela. Las calificaciones del alumno NO QUEDARÁN registradas mientras que la inscripción permanezca en estatus incompleto.

Student Last Name <i>Apellido del alumno</i>	Student First Name <i>Nombre del alumno</i>	Student Middle Name <i>Segundo nombre del alumno</i>	Date of Birth <i>Fecha de nacimiento</i>	Gender <i>Sexo</i>	Student # <i># ident. del alumno</i>	School # <i># de la escuela</i>	Grade <i>Grado</i>	Teacher Name <i>Nombre maestro(a)</i>	
Student Home Address <i>Dirección del alumno</i>		City <i>Ciudad</i>	Zip Code <i>Zona postal</i>	Primary Phone <i>Teléfono principal</i>	Student Cell Phone <i>Teléfono celular del alumno</i>				
Parent/Guardian Last Name <i>Apellido de uno de los padres o tutor legal</i>		Parent/Guardian First Name <i>Nombre de este padre o tutor legal</i>		Parent/Guardian Last Name <i>Apellido de uno de los padres o tutor legal</i>		Parent/Guardian First Name <i>Nombre de este padre o tutor legal</i>			
Parent/Guardian Relationship <i>Relación con el alumno de este padre o tutor legal</i> <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Stepparent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Fosters <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/a <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Padres de crianza <input type="checkbox"/> Otro				Parent/Guardian Relationship <i>Relación con el alumno de este padre o tutor legal</i> <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Stepparent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Fosters <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/a <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Padres de crianza <input type="checkbox"/> Otro					
Parent/Guardian Address <i>Dirección del padre/tutor legal</i>		City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip Code <i>Zona postal</i>	Parent/Guardian Address <i>Dirección del padre/tutor legal</i>		City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip Code <i>Zona postal</i>
<input type="checkbox"/> Same as above <i>La misma de arriba</i>				<input type="checkbox"/> Same as above <i>La misma de arriba</i>					
Home Phone <i>Teléfono de la casa</i>	Cell Phone <i>Teléfono celular</i>	Work Phone <i>Teléfono del trabajo</i>	E-Mail Address <i>Dirección de correo electrónico</i>		Home Phone <i>Teléfono de la casa</i>	Cell Phone <i>Teléfono celular</i>	Work Phone <i>Teléfono del trabajo</i>	E-Mail Address <i>Dirección de correo electrónico</i>	
Parent Marital Status <i>Estado civil de los padres</i>			<input type="checkbox"/> Single <i>Solteros</i> <input type="checkbox"/> Married <i>Casados</i> <input type="checkbox"/> Divorced <i>Divorciados</i> <input type="checkbox"/> Separated <i>Separados</i> <input type="checkbox"/> Widowed <i>Viuda/o</i> <input type="checkbox"/> Other <i>Otro</i> _____						
Student Lives With: <i>El alumno vive con:</i>			<input type="checkbox"/> Both Parents <i>Ambos padres</i> <input type="checkbox"/> Father <i>Padre</i> <input type="checkbox"/> Mother <i>Madre</i> <input type="checkbox"/> Guardian <i>Tutor legal</i> <input type="checkbox"/> Foster <i>Padres de crianza</i> <input type="checkbox"/> Other <i>Otro</i> _____						
Custody Papers/Court Order <i>Documentos de custodia/Orden judicial</i>			<input type="checkbox"/> Joint <i>Conjunta</i> <input type="checkbox"/> Father <i>Padre</i> <input type="checkbox"/> Mother <i>Madre</i> <input type="checkbox"/> Guardian <i>Tutor legal</i> <input type="checkbox"/> State <i>Estado</i> <input type="checkbox"/> Temporary <i>Temporal</i> <input type="checkbox"/> Other <i>Otro</i> _____						
Emergency Contact/Release Designee (Other than Parent/Guardian) <i>Personas de contacto en caso de emergencia/Autorizadas para recoger al alumno (además de los padres o tutores legales)</i>									
Last Name <i>Apellido</i>	First Name <i>Nombre</i>	Relationship <i>Relación</i>	Gender <i>Sexo</i>	Home Phone <i>Teléfono de la casa</i>	Cell Phone <i>Teléfono celular</i>	Work Phone <i>Teléfono del trabajo</i>			
Last Name <i>Apellido</i>	First Name <i>Nombre</i>	Relationship <i>Relación</i>	Gender <i>Sexo</i>	Home Phone <i>Teléfono de la casa</i>	Cell Phone <i>Teléfono celular</i>	Work Phone <i>Teléfono del trabajo</i>			
Last Name <i>Apellido</i>	First Name <i>Nombre</i>	Relationship <i>Relación</i>	Gender <i>Sexo</i>	Home Phone <i>Teléfono de la casa</i>	Cell Phone <i>Teléfono celular</i>	Work Phone <i>Teléfono del trabajo</i>			
First and Last Name of Primary Healthcare Provider for Child <i>Nombre y apellido del proveedor de servicios médicos del alumno</i>			Health Insurance Plan <i>Plan de seguro médico</i>		Healthcare Provider Phone <i>Número de teléfono del proveedor de servicios médicos</i>		Preference of Local Hospital <i>Preferencia de hospital local</i>		

Please provide the following information for brothers/sisters of this student. *Proporcione a continuación la información correspondiente a los hermanos/hermanas de este alumno.*

Last Name <i>Apellido</i>	First Name <i>Nombre</i>	Birth Date <i>Fecha de nacimiento</i>	Grade <i>Grado</i>	School Attending <i>Escuela a la que asiste</i>
1.				
2.				
3.				

PVSCHOOLS STUDENT EMERGENCY CARD - TARJETA DE EMERGENCIA DEL ALUMNO

Student Name Nombre del alumno: _____ Grade Grado: _____

EMERGENCY CARDS ARE NOT RETAINED FROM ONE SCHOOL YEAR TO THE NEXT. The following information must be completed EVERY SCHOOL YEAR to update your student's health records.
 LAS TARJETAS DE EMERGENCIA NO SE GUARDAN DE UN AÑO LECTIVO A OTRO. La siguiente información debe completarse CADA AÑO LECTIVO para actualizar los archivos de salud de su alumno.

Please check ONGOING if your child has any of the following health condition(s). If the condition is NEWLY DIAGNOSED this school year and/or not previously reported to the school nurse, please check NEW.
 Marque ONGOING Continua si su hijo tiene cualquiera de las enfermedades o afecciones que se indican a continuación. Si se trata de una enfermedad o afección nueva que le diagnosticaron este año, o de la que no se ha informado antes a la enfermera escolar, marque NEW Nueva.

HEALTH CONDITION Enfermedad o Afección	NEW Nueva	ONGOING Continua	HEALTH CONDITION Enfermedad o Afección	NEW Nueva	ONGOING Continua	HEALTH CONDITION Enfermedad o Afección	NEW Nueva	ONGOING Continua	
ADD/ADHD Deficit de atención/con hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hearing/Ear Disorder Afección de la audición/el oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other health condition / information pertinent to the care of your student Otra afección de salud o información relacionada con el cuidado de su hijo
Allergies Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cystic Fibrosis Fibrosis quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hearing aids/ Cochlear Implant aparatos para audición/Implante coclear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• To Food a alimentos List: Enumere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes – Type 1 Diabetes – Tipo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Condition Afección cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• To Insect stings/bites a picaduras de insectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes – Type 2 Diabetes – Tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neuro Disorder (includes migraines) Afección nerológica (incluye migrañas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• To Latex al material látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emotional/Psychiatric Disorder Afección emocional/psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orthopedic Disorder Afección ortopédica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• To Medication(s) a medicamentos List: Enumere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Depression Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizure Disorder Enfermedad convulsiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• To Animals a animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Bipolar Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vision/Eye Disorder Afección de la visión/los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Seasonal por la estación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Anxiety Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Glasses/contacts Anteojos/lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Life Threatening peligro de muerte List: Enumere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Eating Disorder Trastorno alimentario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Other Otro Specify: Especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Arthritis/Rheumatic Disease Artritis/enfermedad reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endocrine Disorder Enfermedad del sistema endocrino Specify: Especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Daily Medication Regimen Plan Diario de Medicamentos			
Asthma Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Medication Medicamento	Dosage Dosis	Frequency Frecuencia	
Autism Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrointestinal Disorder Enfermedad gastrointestinal Specify: Especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.			
Birth Defect/Developmental Disorder Defectos de na- cimimiento/problemas de desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				2.			
Bleeding Disorder Trastorno de sangrado Specify: Especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitourinary Disorder Enfermedad genitourinaria Specify: Especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.			
						4.			
						5.			
						6.			

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE ON THIS CARD ACKNOWLEDGES THE FOLLOWING La firma de uno de los padres/tutor legal en esta tarjeta indica lo siguiente:

- It is the responsibility of the parent/guardian to update information on this emergency card with appropriate documentation as changes occur.
Es responsabilidad de uno de los padres/tutor legal mantener al día la tarjeta de emergencia, con la documentación apropiada, cuando haya algún cambio.
- Person(s) listed as emergency contact(s) are permitted to pick up student from school.
Las personas indicadas como contacto en una emergencia, pueden recoger de la escuela a este alumno.
- By signing the Emergency/Information Card and providing your phone number, you are authorizing the school and/or Paradise Valley Unified School District to deliver or cause to be delivered information and notifications regarding your child, the school, and the District via autodialed calls or prerecorded calls. You may request to be removed from future notifications at any time by calling or emailing the school/District or using the opt-out feature when you receive a call.
Al firmar la Tarjeta de Información para contactar a los padres en casos de Emergencia y proporcionando su número telefónico, ustedes autorizan que la escuela y el Distrito Escolar Unificado Paradise Valley envíe o cause el envío de información y notificaciones con respecto a su hijo/a, a la escuela y al distrito escolar por medio de llamadas automatizadas o mensajes pregrabadas. Ustedes pueden solicitar en cualquier momento dejar de recibir futuras notificaciones llamando o enviando un correo electrónico a la escuela o el distrito escolar u oprimiendo la opción indicada cuando reciban una llamada automatizada.
- In the event of an accident or illness when authorization for medical treatment cannot be obtained from parent or personal physician, the undersigned gives permission and assumes full responsibility for the school nurse and/or the school administrator to call for emergency medical assistance, including ambulance service.
En caso de un accidente o enfermedad y cuando no se pueda obtener autorización de los padres o del médico personal para tratamiento, la persona abajo firmante autoriza y asume la responsabilidad para que la enfermera y/o un miembro del personal administrativo de la escuela obtengan ayuda médica de emergencia, incluyendo servicio de ambulancia.
- To assure the safety and well-being of my child, the school nurse has permission to share pertinent health concerns with appropriate school personnel.
A fin de garantizar la seguridad y bienestar de mi hijo(a), la enfermera tiene permiso para informar al personal apropiado de la escuela cualquier inquietud sobre su salud.
- Registration and enrollment for the current school year is incomplete until this emergency card and the Release Consent and Acknowledgment form have been completed and signed by the parent/guardian and returned to the school.
La inscripción y matrícula para el año lectivo actual estarán incompletas, hasta que uno de los padres de familia o tutor legal llene y firme, al igual que el alumno, esta tarjeta de emergencia y el Acuerdo de Autorización de los padres, y los devuelvan a la escuela.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE (IN INK)
Firma de uno de los padres/tutor legal (en tinta) _____

Date
Fecha _____