CKC, INC. EMERGENCY INFORMATION

School Year _____

Child's Name _____ Date of Birth _____

Mother's Name _____ Mother's Telephone _____

Mother's Address _____ Mother's Cell Phone _____

Father's Name _____ Father's Telephone _____

Father's Address _____ Father's Cell Phone _____

Mother Employed by _____ Mother's Work Telephone _____

Father's Employed by _____ Father's Work Telephone _____

Other persons that can be contacted in the event of an emergency:
Child will not be allowed to leave with any other person without written authorization of parent/guardian.

	Name	Relationship	Telephone
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

Pediatrician _____ Address _____ Phone _____

Dentist _____ Address _____ Phone _____

Allergies:
Medications _____
Pollen _____
Hayfever _____
Food _____
Other _____

Medical Conditions:
Chronic Illness _____
Asthma _____
Convulsions _____
Diabetes _____
Other_____

Please Explain _____

_____

_____

Insurance Company Name and Policy Number _____

Consent for Medical/Dental Treatment:
As the parent, agency representative, or legal guardian, I hereby give consent to Campus Kids Connection, Inc. to provide all emergency dental or medical care prescribed by a duly licensed physician (MD) or dentist (DDS) for my child. This care may be given under whatever conditions are necessary to preserve the life, limb or well-being of my dependent.

_____ _____
Signature of Parent or Guardian Date

CKC, INC. Información en caso de Emergencia.

Año Escolar _____

Nombre del Niño _____ Fecha de Nacimiento_____

Nombre de la Madre _____ # de Teléfono de mama _____

Dirección de mama _____ # de Cell de mama _____

Nombre de padre _____ # de Teléfono de papa _____

Dirección de papa _____ # de Cell de papa _____

Trabajo de Madre _____ # del trabajo _____

Trabajo de Padre _____ # del trabajo _____

Otras personas a quien puede llamarse en caso de emergencia:
No se permitirá que el niño salga con ninguna otra persona sin autorización del Padre, Madre, o tutor legal.

	Nombre	Relación con el niño/a	# de teléfono
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

Pediatra _____ Dirección _____ Teléfono _____

Dentista _____ Dirección _____ Teléfono _____

Alergias:
Medicamento _____
Pollen _____
Alta Fiebre _____
Comida _____
Otro _____

Condiciones Medicas:
Chronic Illness _____
Asthma _____
Convulsiones _____
Diabetes _____
Otro_____

Por Favor explique_____

_____

_____

Nombre de la compañía de seguro y número de póliza_____

Permiso Para proporcionar tratamiento medico:
Como padre, madre, o tutor legal, doy mi consentimiento para que los empleados de Campus Kids Connection Inc. Arreglen el transporte de mi hijo/a en caso de un accidente o una enfermedad grave. En el evento que sea imposible recibir instrucciones mía parta el cuidado de mi hijo/a, doy mi consentimiento a cualquier medico autorizado a quien se llame o quien mi hijo sea llevado, para proveer tratamiento, administrar drogas y medicamento, y realizar cualquier tratamiento quirúrgico que se crea sea requerido para aliviar el dolor o para preservar la vida de de mi hijo/a, su salud, y su bienestar.

_____ _____
Firma del padre, madre o tutor legal Fecha

_____ _____
Numero de teléfono en el hogar # de teléfono de el trabajo