

LAST NAME/APELLIDO \_\_\_\_\_ FIRST NAME/ NOMBRE \_\_\_\_\_ MIDDLE/INICIAL \_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Male/Varón  Female/Niña

FOR OFFICE USE: TEACHER: \_\_\_\_\_  
 STUDENT ID# \_\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_\_

**SMMUSD STUDENT INFORMATION & EMERGENCY CARD/ INFORMACION DEL ESTUDIANTE Y TARJETA DE EMERGENCIA**

IT IS EXTREMELY IMPORTANT THAT THE INFORMATION ON THIS CARD IS ACCURATE AND KEPT UP-TO-DATE  
 ES MUY IMPORTANTE QUE LA INFORMACION EN ESTA TARJETA ESTE CORRECTA Y SE MANTENGA AL CORRIENTE

This information is used to contact you (or one of the other adults you designate on the reverse side of this card) if your child becomes ill or injured, or any other emergency. This card is to be completed by a parent only. PLEASE PRINT CLEARLY. Please report any information changes to the school immediately.

Esta informacion sera usada para llamarle (o a uno de los adultos que usted haya designado al reverse de esta tarjeta) si u hijola este enfermo o tenga un accidente o cualquier otro emergencia. Esta tarjeta debaser completada solamente por los padres. POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE. Por favor reporte cualquier cambio de informacion a la escuela .

STUDENT LIVES WITH: (CHECK ONE)    BOTH PARENTS     PARENT#1     PARENT#2     OTHER/ \_\_\_\_\_  
 EL ESTUDIANTE VIVE CON: (MARQUE UNO)    LOS DOS PADRES     PADRE#1     PADRE#2     OTRO/ \_\_\_\_\_

JOINT CUSTODY /CUSTODIA MUTUA – DAYS /DIAS \_\_\_\_\_ E-mail/CorreoElectronico \_\_\_\_\_  
 (If joint custody: EACH parent must complete a set of emergency cards. Si hay custodia mutua: CADA padre debe completar tarjetas de emergencia)

Street Address/Domicilio \_\_\_\_\_ Primary Phone Number/Numero Principal (This number will be used for all school business)  
 (Este numero sera utilizado para todos los asuntos relacionados con la escuela)

City /Ciudad \_\_\_\_\_ Zip Code/ZonaPostal \_\_\_\_\_ Home Phone/Telefono de su casa \_\_\_\_\_

PARENT/GUARDIAN 1: \_\_\_\_\_  
 PADRE/TUTOR #1    Name/Nombre \_\_\_\_\_ Relationship to Student/Relacion al Estudiante \_\_\_\_\_ Business Phone/Tel Trabajo Cell Phone/Celular \_\_\_\_\_

PARENT /GUARDIAN 2: \_\_\_\_\_  
 PADRE/TUTOR #2    Name/Nombre \_\_\_\_\_ Relationship to Student/Relacion al Estudiante \_\_\_\_\_ Business Phone/Tel Trabajo Cell Phone/Celular \_\_\_\_\_

In a MEDICAL EMERGENCY, if I cannot be reached I hereby give my consent for my child to be transported to a medical facility for emergency care and to be treated by a physician or dentist.  
 En caso de EMERGENCIA MEDICA, si no pueden localizarme, doy mi consentimiento para que transporten a mi hijo(a) a un centro de emergencias para que reciba tratamiento de una medico o dentista.

Is student covered by Health Insurance \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No Plan Name \_\_\_\_\_ Dental Insurance \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No Plan Name \_\_\_\_\_  
 Tiene el estudiante Seguro Medico \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No Nombre del Seguro \_\_\_\_\_ Seguro Dental \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No Nombre de Seguro \_\_\_\_\_

Signature of Parent or Legal Guardian/Firma Padres/o Tutor \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_

Health Problems/Problemas de salud: \_\_\_\_\_ Allergic to/Alergico(a) a: \_\_\_\_\_

Medications/Medicamentos: \_\_\_\_\_

Physician/Medico: \_\_\_\_\_ Ph # \_\_\_\_\_ Dentist/Dentista \_\_\_\_\_ Ph # \_\_\_\_\_

LOCAL EMERGENCY CONTACTS: (Please try to include someone who resides close to the school). When I cannot be contacted or get to the school, I give my permission for my child to be released to the following adults ONLY:  
 CONTACTO LOCAL de EMERGENCIA: (Trate por favor de incluir alguien que reside cerca de la escuela). Si no podemos encontrar a los padres, entregaremos a su niño/a solamente a estos adultos:

NAME/NOMBRE: \_\_\_\_\_ Address/Domicilio \_\_\_\_\_ Phone/Telefono \_\_\_\_\_ Relationship to Student/Relacion al estudiante \_\_\_\_\_  
 NAME/NOMBRE: \_\_\_\_\_ Address/Domicilio \_\_\_\_\_ Phone/Telefono \_\_\_\_\_ Relationship to Student/Relacion al estudiante \_\_\_\_\_  
 NAME/NOMBRE: \_\_\_\_\_ Address/Domicilio \_\_\_\_\_ Phone/Telefono \_\_\_\_\_ Relationship to Student/Relacion al estudiante \_\_\_\_\_

OUT OF AREA EMERGENCY CONTACT/ CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA FUERA DE LA AREA: NAME/NOMBRE: \_\_\_\_\_

ADDRESS/DOMICILIO \_\_\_\_\_ PHONE/TELEFONO \_\_\_\_\_ Relationship to Student/Relacion al Estudiante \_\_\_\_\_

PLEASE INITIAL BELOW/FAVOR DE PONER SUS INICIALES:  
 I give permission for my child to attend all field trips during the school year /Yo doy permiso para que mi hijo(a) participe en todos los paseos este año \_\_\_\_\_ Yes/Si \_\_\_\_\_ No  
 I authorize the release of photos and videos of my child for school related media/year book during the school year \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
 Yo autorizo el uso de fotografias y videos de mi hijo(a) en representacion de eventos de la escuela y el Libro de Recuerdos \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
 I authorize the release of my child's address and telephone number for a class roster/ Yo autorizo que en domicilio y telefono de mi hijo(a) aparesca en las lista de clase \_\_\_\_\_ Yes/Si \_\_\_\_\_ No

PARENT SIGNATURE/FIRMA DEL PADRE: \_\_\_\_\_ DATE/FECHA: \_\_\_\_\_