

EMERGENCY AUTHORIZATION

Must be completed, updated and returned annually
To Be Completed by Parent/Guardian
Please Print

Student First Name	Middle Initial	STUDENT LAST NAME
Teacher /Counselor	Name of School	Grade

For School Use Only: Student ID _____

Address _____
Street Number and Street Name
City
Zip Code

Gender Male Female Birthdate _____ Student's Phone # _____

Name of Parent/Guardian	Relationship to student	Living at Home?	E mail address	Cell Phone #
Address of Parent/Guardian if Different From Student	Home Phone	Fax, etc.	Place of Employment	Work Phone #

Name of Parent/Guardian	Relationship to student	Living at Home?	E mail address	Cell Phone #
Address of Parent/Guardian if Different From Student	Home Phone	Fax, etc.	Place of Employment	Work Phone

IMPORTANT: In the event that the primary guardian(s) above cannot be reached, an authorized school employee may call ONLY the following adult friends or relatives who may take responsibility for my child's care. I also authorize the school to release my child to any of the following in the event of a major earthquake or disaster. Please list one Out of State contact, if possible. Make sure that the people you choose know that they are on this list and remind them periodically throughout the school year. **I.D. must be shown in order to release a child to an adult.**

NAME	HOW RELATED	CELL PHONE	Child Care Provider Y or N	Release Contact Y or N	Out of State Contact Y or N

BROTHERS, SISTERS OR OTHERS LIVING AT HOME	HOW RELATED	SCHOOL	GRADE	OTHER

PERMISSIONS/NOTICES OF RIGHTS AND RESPONSIBILITIES: (Any change requires notification to the school in writing.)

1. I have received the "Notice of Rights and Responsibilities" via the District/School website or as a copy from the school office Y or N
2. I give permission to have my and my child's name, address, and phone number released to School Organizations Y or N
3. I give permission to have my child's photographic image(s) appear in the Class Photo and School Yearbook Y or N
4. I give permission to have my child's photographic image(s) used on the School and/or District Website Y or N
5. I give permission to have my child's photographic image(s) released to any form of External Public Media (Newspaper, etc.) Y or N

HEALTH HISTORY/INFORMATION Check any of the conditions which your child has had (Explain further below where needed)

	Yes	When		Yes	When		Yes	When	Serious Allergies:	Yes	When
Hearing Impairment			Diabetes			Heart Condition			Drugs/ Food		
Vision Impairment			Epilepsy			Kidney Problems			Insect stings		
Frequent Headaches			Hay Fever			Tuberculosis			Other please list		
Rheumatic Fever			Asthma			Surgeries			Medication(s)		

1. Identify/describe serious allergies that may have a reaction or an impact on school/classroom performance and/or activities: _____
 2. Identify/describe surgeries _____
 3. Identify/describe any other health problems _____
 4. Identify Medication(s) _____ List Medications kept in school office _____
- Name of Student's Physician _____ Phone _____

AUTHORIZATION FOR TREATMENT: In the event of an emergency requiring immediate medical attention, I hereby authorize the Conejo Valley Unified School District to obtain emergency transportation and treatment on my child's behalf. The undersigned authorizes the hospital to provide appropriate treatment. I understand that every effort shall be made by the hospital to contact the parent or guardian prior to any treatment, but treatment shall not be withheld if the parent or guardian cannot be reached. **I also understand that the Conejo Valley Unified School District does not assume any financial responsibility for medical care or ambulance transportation.** These authorizations and permissions shall be and remain in full force and effect for the current school year unless revoked in writing. I also understand that I should contact the school immediately if there are any changes in the information contained on this sheet.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Distrito Escolar Unificado del Valle Conejo
Thousand Oaks, CA.
AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA
Tiene que ser completada, actualizada y regresada anualmente
Deberá ser completada por los Padres/Tutores
Por favor imprima

Nombre _____	APELLIDO _____
Profesor/Consejero _____	Nombre de la Escuela _____ Grado _____
Sólo Para Uso Escolar: # de ID _____	

Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Sexo Masculino Femenino Fecha de Nacimiento _____ Teléfono del estudiante# _____

Nombre del Padre o Tutor	Relación con el Estudiante	¿Vive en la Casa?	Correo Electrónico	Teléfono Celular
Domicilio del Padre/Tutor si es Diferente al del Estudiante	Teléfono Domicilio	Fax, pager, etc.	Lugar de Empleo	Teléfono Trabajo

Nombre del Padre o Tutor	Relación con el Estudiante	¿Vive en la Casa?	Correo Electrónico	Teléfono Celular
Domicilio del Padre/Tutor si es Diferente al del Estudiante	Teléfono Domicilio	Fax, pager, etc.	Lugar de Empleo	Teléfono Trabajo

IMPORTANTE: En el caso que no se localice al suscrito, un empleado autorizado del Distrito puede llamar UNICAMENTE a los siguientes amigos y parientes que tomen la responsabilidad del cuidado del niño. También autorizo a la escuela a entregar a mi hijo a cualquier de las siguientes personas en el evento de un desastre mayor o terremoto. Si es posible, por favor nombre a una persona fuera del estado. Asegúrese informar a las personas mencionadas que están en la lista y recuérdelos periódicamente durante el año escolar. **Se debe mostrar el carné de identidad para entregar al niño a un adulto.**

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO CELULAR	Puede proporcionar cuidado SÍ o NO	Entregar al estudiante SÍ o NO	Contacto fuera del Estado SÍ o NO

HERMANOS, HERMANAS U OTROS VIVIENDO EN LA CASA	RELACIÓN	ESCUELA	GRADO	OTRO

- PERMISOS/NOTIFICACIONES DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES:** (Cualquier cambio requiere notificación por escrito a la escuela)
- Yo he recibido la Notificación de los Derechos y Responsabilidades en el sitio web del distrito o copia de la escuela: SI NO
 - Yo doy permiso de dar mi nombre, el nombre de mi hijo domicilio, y número de teléfono a las ORGANIZACIONES ESCOLARES SI NO
 - Yo doy permiso que usen las imágenes fotográficas de mi hijo en la Foto de la clase o en el Anuario de la Escuela SI NO
 - Yo doy permiso que usen las imágenes fotográficas de mi hijo en la ESCUELA o en el SITIO WEB del Distrito SI NO
 - Yo doy permiso a cualquier forma de medio público externo (Periódico, etc.) a que use las imágenes fotográficas de mi hijo SI NO

HISTORIA DE SALUD/INFORMACIÓN: Por favor marque cualquiera de las enfermedades que su hijo tenga ó haya tenido. (Por favor explique abajo donde sea requerido)

	Si		Cuándo			Si		Cuándo		Serias Alergias	Si		Cuándo		
Impedimento Auditivo					Diabetes					Condición del Corazón					Medicina/comida
Impedimento Visual					Epilepsia					Problemas de Riñones					Picaduras
Frecuente dolor de cabeza					Alergias					Tuberculosis					Liste Otros
Fiebre Reumática					Asma					Cirugías					Medicamentos

- Identifique/describa serias alergias que puedan tener una reacción o impacto en la escuela/comportamiento dentro del salón de clases ó actividades _____
- Identifique/describa cirugías: _____
- Identifique/describa otros problemas de salud: _____
- Identifique medicamento(s) _____ Liste medicamentos guardados en la oficina _____
- Nombre del médico del estudiante _____ Teléfono _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO: En el caso de una emergencia que requiera atención médica inmediata, por la presente autorizo al Distrito Escolar Unificado del Valle Conejo a obtener transporte y tratamiento de emergencia en nombre de mi hijo. El abajo firmante autoriza al hospital a proporcionar el tratamiento apropiado. Entiendo que el hospital deberá hacer todo lo posible para ponerse en contacto con el padre o tutor antes de cualquier tratamiento, pero no se podrá retener el tratamiento si no se puede localizar al padre o tutor. **También entiendo que el Distrito Escolar Unificado del Valle Conejo no asume ninguna responsabilidad financiera por el cuidado médico o transporte de ambulancia.** Estas autorizaciones y permisos serán y permanecerán en pleno vigor y efecto para el año escolar actual a menos que sean revocados por escrito. También entiendo que debo contactar a la escuela inmediatamente si hay algún cambio en la información contenida en esta hoja.

Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____