





**CONEJO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
**Servicios de Apoyo Estudiantil**  
 1400 E. Janss Rd., Thousand Oaks CA 91362  
 (805) 497-9511

Nombre del Estudiante	M.I.	Apellido
Maestro/Consejero	Nombre de la Escuela	Grado

## **AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA**

**Para ser completado por el padre / tutor anualmente (por favor imprima)**

Dirección \_\_\_\_\_  
 Numero de calle y Nombre \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Género:  M  H Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono del Estudiante \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardian	Relación	Vive con Estudiante? Y/N	Dirección de Correo Electrónico	Teléfono Celular
Dirección del Padre/Guardian si es diferente al Estudiante	Teléfono de Casa	Fax, etc.	Lugar de Empleo	Teléfono de Trabajo

Nombre del Padre/Guardian	Relación	Vive con Estudiante? Y/N	Dirección de Correo Electrónico	Teléfono Celular
Dirección del Padre/Guardian si es diferente al Estudiante	Teléfono de Casa	Fax, etc.	Lugar de Empleo	Teléfono de Trabajo

**IMPORTANTE:** En el caso de que no se pueda contactar con el tutor principal, un empleado escolar autorizado puede llamar SOLAMENTE a los siguientes amigos adultos o familiares que pueden asumir la responsabilidad del cuidado de mi hijo. También autorizo a la escuela a entregar a mi hijo a cualquiera de las siguientes situaciones en caso de un desastre natural u otra emergencia similar. Por favor indique un contacto fuera del estado, si es posible. Asegúrese de que las personas que elija sepan que están en esta lista y recuérdelos periódicamente durante el año escolar. CARNÉ DE IDENTIDAD. Debe mostrarse con el fin de liberar a un niño a un adulto.

Nombre	Relación	Teléfono Celular	Contacto de Liberar? Sí/No	Fuera del Estado? Sí/No

Hermanos/Otros viviendo en Casa	Relación	Escuela	Grado	Otro

Alergias graves o potencialmente mortales a drogas, alimentos, picaduras de insectos: \_\_\_\_\_

Medicamentos de emergencia tomados en casa y / o en la escuela: \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Guardian :** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_