

**Bellevue Union School District
Student Emergency Form**

Teacher _____ Rm. _____

Student Name: _____ Home Phone: _____

Address: _____
Last First Middle Initial Birthdate: ____ / ____ / ____ Sex: M F

Parents: _____ Step Foster Guardian

Mother's Work _____ Cell Phone _____ Work Phone _____

Father's Work _____ Cell Phone _____ Work Phone _____

Student Lives with: ___ Father ___ Mother ___ Legal Guardian ___ Other

Primary Language Eng Span Other _____

Mother's email _____ Father's Email _____

Emergency Contact:

1. Name _____ Relationship _____ Phone: _____

2. Name _____ Relationship _____ Phone: _____

3. Name _____ Relationship _____ Phone: _____

Permission to transport Student

We, the undersigned (parent/guardian) of _____, do hereby grant permission for the
student's name

Bellevue Union School District in Sonoma, CA to transport the above named student to and from school sponsored events including but not limited to study trips, athletic and social events.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

**Bellevue Union School District
Forma de Emergencia del Estudiante**

Maestro _____ Sala _____

Nombre del Estudiante: _____ No. de telefono de casa: _____

Domicilio _____
Apellido Nombre Inicial Fecha de nacimiento ____ Sexo: M F

Padres: _____ Padresos Padres de acogida Tutores

Trabajo de madre _____ Celular _____ No. de telefono del trabajo: _____

Trabajo de padre _____ Celular _____ No. de telefono del trabajo: _____

El estudiant vive con Padre ___ Madre ___ Tutor Legal ___ Otro

Lengua Primaria Ingles Espanol Otro _____

e-mail de madre _____ e-mail de padre _____

Personas que se deben llamar en caso de una emergencia

1. Nombre _____ Parentesco _____ No. de telefono: _____

2. Nombre _____ Parentesco _____ No. de telefono: _____

3. Nombre _____ Parentesco _____ No. de telefono: _____

Permiso de Transportar al Estudiante

Nosotros, los abajofirmantes (padres/tutores) de _____, por la presente damos permiso para
nombre de estudiante

que Bellevue Union School District in Sonoma, CA de transporte al estudiante nombrado anteriormente a y de eventos patrocinados por la escuela incluyendo pero no limitado a excursiones de estudio, eventos atleticos y sociales.

Firma de padre/tutor _____ Fecha: _____

**Bellevue Union School District
Student Emergency Form**

Teacher _____ Rm. _____

Family Health Care

Physicians Name: _____ Phone: _____

Medi-Cal: Yes no

Address: _____

I give my permission to consult my family physician in case of accident or sudden illness at the discretion of school authorities
I give my permisison for the school to transport my child in case of emergency.

Parent Signature: _____ Date: _____

Please check all of the following conditions that your child has had and if they are under mefical care or taking medication.
If yes, doe sthe medication need to be dispensed at school.

- | | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bee Sting | <input type="checkbox"/> Epi-Pen | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Inhaler | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Insulin | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Vision/Hearing | <input type="checkbox"/> Glasses | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Allergies _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | | | |

If you are not the legal guardian of the student attending _____ School in the Bellevue Union school Distri
our district needs a statement from the legal guiardian for educational and medical services. I, _____
am the legal guardian of _____, and all paperwork regarding guardianship has been provided to th
school office. I give permission to _____ to make educational and medical decisions from

_____ to _____
Date Date

**Bellevue Union School District
Forma de Emergencia del Estudiante**

Maestro _____ Sala _____

Servicios de salud familiar

Nombre del medico _____

Numero de telefono: _____

Medi-Cal: Si no

Direccion: _____

Yo doy permiso de consultar a mi medico familiar en caso de un accidente o enfermedad repentina a la discrecion de las autoridades de la
escuela. Yo doy mi permiso a la escuela de transportar a mi nino/nina en caso de una emergencia

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Favor de marcar todas las condiciones siguientes que su nino/a ha tenido y si ellos estan en cuidio medico o tomando medicamentos. Si
la respuesta es si, se necesita administrar el medicamento en la escuela?

- | | | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Picadura de abeja | <input type="checkbox"/> Epi-Pen | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Inhalador | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Insulina | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Vision/el Oir | <input type="checkbox"/> anteojos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Alergias _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

Si usted no es el tutor legal del estudiante asistiendo a la Escuela _____ en el Distrito Escolar de Bellevu
Union, nuestro distrito necesita una declaracion del tuto legal para servicios educativos y medicos. Yo, _____
soy el tutor legal de _____, y todos los documentos sobre la custodia se ha proporcionados a la
oficina de la escuela. Yo doy permiso a _____ de hacer las decisiones educativas y medicas de

_____ a _____
fecha fecha

nombre del individuo