

ESCUELAS DEL CONDADO DE CABARRUS – CONTACTO DE  
**TRANSPORTE ESPECIAL E INFORMACION DE EMERGENCIA**

**2023-2024 AÑO  
 ESCOLAR**

(POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO COMPLETO A SHASTA SIMPSON/BUS GARAGE/CABARRUS COUNTY SCHOOLS)

Nombre complete del niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de estudiante Required  
 . (Apellido) (Primer nombre) (Inicial del Segundo nombre)

Direccion \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar \_\_\_\_\_  
 Nombre de los padres/tutores \_\_\_\_\_ Donde trabaja \_\_\_\_\_ Horario de trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Child's Teacher Name: \_\_\_\_\_ **ESCUELA** \_\_\_\_\_ **GRADO** \_\_\_\_\_

**PERSONAS PARA CONTACTAR ANTE UNA EMERGENCIA, GUARDERÍAS Y NUMEROS AUTORIZADOS PARA RECOGER Y/O RETIRAR A MI HIJO(A) :**

Nombre	Relación con el Niño (a)	Direccion	Telefono de Contacto
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Mi hijo tiene permiso para ser entregado a las personas de contacto mencionadas anteriormente. Iniciales de Padre/Guardián:  ¿Se requiere un adulto en la parada?

**PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA EN CASO DE ACCIDENTES GRAVES:**

Si NO

1.Llamar al 911 y dar la ubicación y grado de la herida 2. Administrar primeros auxilios según lo requerido. 3. Contactar al personal de la escuela 4. Llamar a el padres/tutor o la persona designada.

Escriba en una lista todas las alergias, condiciones médicas, y/o todos los medicamentos administrados regularmente. \_\_\_\_\_

Nombre del Pediatra:	Direccion:	Phone #
----------------------	------------	---------

Yo autorizo a los doctores nombrados( o la persona que atienda sus llamadas) a tratar o seleccionar a cualquier especialista para mi hijo (a).

Si se necesita cuidado medico de emergencia de un doctor y no me pueden contactar, autorizo al personal de Transporte Especial a cargo a proceder en mi lugar al proporcionar permiso para que mi hijo(a) reciba tratamiento o cirugía. Iniciales de Padre/Guardián

Concuero y autorizo lo escrito y entiendo que se me requiere hacer saber al Transporte Especial inmediatamente de cualquier cambio en la información dada.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_