

EMERGENCY CARD

Please print

Student's Name: _____
Last First

Persons to Contact in Case of Emergency

Name: _____ Phone #: _____

Name: _____ Phone #: _____

Doctor's Name: _____ Phone #: _____

Doctor's Address: _____

On the backside, please list any medical conditions or allergies that would help medical personnel in case of emergency

Allergies or any medical conditions:

Date: _____

TARJETA DE EMERGENCIA

Escribir con letra de molde.

Nombre del Alumno: _____
Apellido Nombre

Personas para contactar en caso de emergencia

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre de Medico: _____ Teléfono: _____

Dirección de Medico: _____

Por favor escriba en la parte de atrás, algunas de las condiciones medicas o alergias. Esta información puede ayudar al personal medico en caso de una emergencia.

Condiciones medicas o alergias:

Fecha: _____