



LEGACY CHRISTIAN ACADEMY

Lake Wales Campus

Emergency Contact School Year: 2025-2026

2025.SS.004

LCA

Lake Wales, FL

REV: 03/26/2025

In case of an emergency, it is imperative that the school be able to reach the student's Parent (as defined below). Please fill in the information on both sides of this card carefully and accurately. Please use ink and print clearly.

* Parent includes any adult exercising supervisory authority over a student.

En caso de emergencia, es importante que la escuela pueda contactar a los Padres del estudiante. Por favor complete la siguiente información en ambos lados cuidadosamente. Utilice letra de molde y escriba claramente.

** Por favor incluya cualquier adulto que pueda ejercer autoridad de supervisar al estudiante.*

STUDENT'S PERSONAL INFORMATION (*Información Personal del Estudiante*):

Last Name: _____ First Name: _____ M.I.: _____ Gender: F / M

Grade: _____ DOB: _____ Social Security# _____ - _____ - _____ **Blood Type:** _____

Home Phone (____) _____ - _____ Cell Phone (____) _____ - _____

Home Address _____ City _____ Zip _____

ALLERGIES / MEDICAL CONDITIONS / MEDICATIONS (*Alergias / Condiciones Médicas / Medicamentos*)

Allergies to any food? (*Alergias a Alimentos*) _____

Allergies to any medication? (*Alergias a medicamentos*) _____

Any medical condition (*Condiciones Médicas*) _____

Current medications or medical treatment (*Medicinas que usa o tratamientos médicos*) _____

PARENT'S PERSONAL INFORMATION (*Información Personal del Padre*):

Last Name: _____ First Name: _____ M.I.: _____

Phone: _____ Work: _____

Last Name: _____ First Name: _____ M.I.: _____

Phone: _____ Work: _____

**I declare that the information on this form is true and correct. I will notify the school office immediately of any changes.*

**Yo declaro que la información en este documento es fiel y correcta. Yo notificare la escuela de cualquier cambio inmediatamente.*

AUTHORIZED RELEASE CONTACT (*Contactos de Emergencia Autorizados*):

Please list the names of the people to whom we may release your child or who we may contact if we cannot reach you. **THE STUDENT WILL NOT BE RELEASED TO ANYONE OTHER THAN THE PEOPLE LISTED BELOW.** In selecting someone to whom you authorize the release of your child, consider: Is this person prepared to handle any special needs required by your child? I hereby authorize contact with release of emergency related information, or the release of the student to the following people in the event of illness, injury, emergency evacuation or other emergencies that may occur while the student is in school. **A VALID FL PICTURE ID WILL BE REQUIRED.**

*Por favor escribe los nombres de las personas a quienes usted nos autoriza a entregarle a su hijo(a) o que podamos contactar si no Podemos contactarlo a usted. **EL ESTUDIANTE NO SERA ENTREGADO A NADIE QUE NO ESTE EN EL SIGUIENTE LISTADO.** Al seleccionar a alguien considere: ¿Esta la persona autorizada y preparada para manejar cualquier necesidad especial requerida por su hijo? Yo autorizo la escuela a contactar o entregar a mi hijo(a) a las personas anotadas en el siguiente listado en caso de enfermedad, accidente, desalojo de emergencia u otras emergencias que puedan ocurrir en la escuela. **UNA IDENTIFICACION VALIDA DE FL CON FOTO SERA REQUERIDA.***

**LEGACY CHRISTIAN ACADEMY***Lake Wales Campus***Emergency Contact
School Year: 2025-2026**

2025.SS.004

LCA
Lake Wales, FL

REV: 03/26/2025

IN CASE OF ILLNESS OR AN ACCIDENT, LEGACY CHRISTIAN ACADEMY HAS MY AUTHORIZATION TO CALL 911 TO TRANSPORT MY CHILD TO THE CLOSER HOSPITAL. LEGACY CHRISTIAN ACADEMY ALSO HAS MY AUTHORIZATION TO ALLOW MY CHILD TO LEAVE THE BUILDING WITH ONE OF THE PERSONS LISTED ON THE EMERGENCY CONTACT LIST, IF I CANNOT BE LOCATED.

EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE, LEGACY CHRISTIAN ACADEMY TIENE MI AUTORIZACION A LLAMAR AL 911 PARA TRASPORTAR A MI HIJO(A) AL HOSPITAL MAS CERCANO. TAMBIEN AUTORIZO A LA ESCUELA A PERMITIR QUE MI HIJO(A) SALGA DEL PLANTEL ESCOLAR CON UNO DE LOS CONTACTOS DE EMERGENCIA, SI NO PUEDO SER LOCALIZADO(A).

Authorized Release Contact List (*Listado de Personas Autorizadas*):

Name (Nombre)	Relationship (Relación)	Phone (Teléfono)	Address (Dirección)

AUTHORIZATION TO SEARCH / (*Autorización para revisar*)(Initials / *Iniciales*)

For Safety reasons AND/OR in case mi child is suspicious in any incident, I do Authorize the Administration of LCA to scan and search my child's pockets, jacket, backpack, purse, personal belongings if necessary. Any confiscated item will be reported to the parents and the respective authority. **ALL WEAPONS AND E-CIGARRETES OR VAPING DEVICES WILL BE REPORTED TO THE LOCAL POLICE DEPARTMENT.** Any refusal to cooperate might result in entry denial and will be reported to the parents to pick the student up immediately.

Por motivos de seguridad Y/O en caso de que mi hijo(a) sea sospechoso(a) en algún incidente, Yo Autorizo a la administración de LCA a escanear y revisar los bolsillos, abrigo, bulto o mochila, cartera o artículos personales de mi hijo(a) de ser necesario. Cualquier artículo confiscado será notificado a los padres y a las autoridades pertinentes. **TODA ARMA DE FUEGO O CORTANTE, CIGARRILLOS ELECTRONICOS O VAPOR SERAN REPORTADOS AL DEPARTAMENTO DE POLICIA LOCAL.** Todo estudiante que no coopere a ser escaneado o registrado se le negará la entrada al plantel escolar y se le notificara a los padres para que lo recojan inmediatamente.

COVID ONSITE TESTING AUTHORIZATION (*Autorización para Pruebas e COVID en el plantel escolar*)

I do Authorize my LCA to perform COVID Test on site every time they understand is necessary.

Yo Autorizo a LCA a realizar Pruebas de COVID a mi hijo(a) las veces que ellos entiendan necesarias.

Parent's / Guardian Signature (*Firma del Padre o Encargado Legal*)_____
Date (Fecha)