CLC Children's Learning Centers of Fairfield County

# EMERGENCY FORM

Child's Name _____ Date of Birth ____/____/____ Classroom_____ District_____
Nombre del niño Fecha de nacimiento Salón de clase Distrito

Address_____ City_____ State _____ Zip Code _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Child's School Hours _____ Child Lives With: ☐Mother ☐Father ☐Mother&Father ☐Guardian ☐Other _____
Horario del niño El niño vive con: Mamá Papá Mamá & papá Guardián Otro

Child's Doctor Name _____ Child's Dentist Name _____
Child's Doctor Address _____ Child's Dentist Address _____
Doctor's Phone _____ Dentist Phone _____
Allergy Information _____ Medication Information _____

| | |
|---|---|
| Parent/Guardian Name (Mother):<br>Nombre de la madre/guardián : | Parent/Guardian Name (Father):<br>Nombre del padre/guardián |
| Address:<br>Dirección: | Address:<br>Dirección: |
| Home Phone:<br>Teléfono de la casa: | Home Phone:<br>Teléfono de la casa: |
| Employer/School Name:<br>Nombre del empleador o de la escuela si estudia: | Employer/School Name:<br>Nombre del empleador o de la escuela si estudia: |
| Employer/School Address:<br>Dirección del trabajo o de la escuela si estudia: | Employer/School Address:<br>Dirección del trabajo o de la escuela si estudia: |
| Employer Phone:<br>Teléfono del trabajo | Employer Phone:<br>Teléfono del trabajo |
| Employment/School Hours:<br>Horario de trabajo o escuela si estudia: | Employment/School Hours:<br>Horario de trabajo o escuela si estudia: |
| Cell Phone:<br>Número del celular | Cell Phone:<br>Número del celular |
| Email Address:<br>Dirección de e-mail | Email Address:<br>Dirección de e-mail |

**In Case of Emergency, the following people are authorized to remove my child from the school. (Please notify these contacts that their names are on this list and that they must show picture identification at pick-up.) CLC requires a minimum of 2 contacts in addition to enrolling parents.**

En caso de emergencia, las siguientes personas están autorizadas para retirar mi niño de la escuela cuando yo no pueda. Por favor informe a estas personas que usted nos dio sus nombres y por favor asegúrese que traigan una identificación con foto cuando vengan. Necesitamos por lo menos el nombre de dos (2) personas.

Nombre / Parentesco con su niño / Teléfono durante el día

1. Name: _____ Relationship to Child: _____ Daytime Phone: _____
2. Name: _____ Relationship to Child: _____ Daytime Phone: _____
3. Name: _____ Relationship to Child: _____ Daytime Phone: _____
4. Name: _____ Relationship to Child: _____ Daytime Phone: _____
5. Name: _____ Relationship to Child: _____ Daytime Phone: _____

**The Following People Have Restricted Contact and MAY NOT pick up my child or visit my child.**
**Las siguientes personas tienen una orden de restricción y por lo tanto NO PUEDEN retirar a mi hijo de la escuela.**

There is a court order outlining this request: Tienen una orden expedida por la corte: ☐Yes ☐No

1. Name:_____ Relationship to Child: _____
2. Name:_____ Relationship to Child: _____

Enrolling Parent Signature: _____ Date:____/____/____ Enrollment Date:____/____/_____

CLC Children's Learning Centers of Fairfield County

# EMERGENCY MEDICAL PERMISSION

I give my permission to the CLC to take whatever emergency measures (e.g., first aid, disaster evacuation) as judged necessary for the care and protection of my child while under its supervision.

In case of medical emergency, I understand that my child will be transported to an appropriate medical facility by the local emergency unit for treatment if the local emergency resource, such as police or rescue squad, deems such action necessary. My child will be transported at my expense, and I understand that emergency medical and/or dental care bills must be submitted first to my child's medical insurance for payment.

I understand that in some medical situations the staff of the CLC will need to contact the local emergency resource before the parent, the child's physician, and/or another adult acting on the parent's behalf.

I fully understand that it is my responsibility to keep the information on this form current and correct. If I fail to do so, this may result I a suspension of care or some other remedy.

---

Doy permiso al CLC para que en caso de emergencia tome cualquier medida necesaria (por ej. administrar los primeros auxilios, evacuación en caso de desastre) como juzgue necesario para el cuidado y protección de mi hijo mientras esta bajo su supervisión.
En caso de emergencia médica, mi hijo será transportado a un centro médico apropiado, por una unidad de emergencia médica local para tratamiento, si el recurso de emergencia como la policía o el escuadrón de rescate, lo considera necesario. Mi hijo será transportado a mis expensas, y entiendo que las facturas por concepto de emergencia médica y/o cuidado dental deberán ser sometidas primero al seguro médico de mi hijo para su pago.

Entiendo que en algunas situaciones médicas el personal de CLC necesitará contactar el recurso médico local antes que a los padres, al médico del niño y/u otro adulto que actúe en nombre de los padres.

Yo entiendo perfectamente que es mi responsabilidad mantener la información de este formulario actualizada y correcta. En caso contrario, mi hijo puede ser suspendido del programa.

Signature of Enrolling Parent or Guardian: _____
Firma del padre/madre que matricula

Relationship to Child: _____
Relación con el niño

Name of Child: _____
Nombre del niño

Date: ___/___/___
Fecha

**This permission grant expires one (1) year from the date of signature.**
Este permiso expira un (1) año después de ser firmado

Revised 2016