

Distrito escolar de Gervais
Formulario de liberación de responsabilidad de actividades patrocinadas por la escuela
Autorización de tratamiento medical en caso de emergencia

Información médica

Nombre del estudiante: _____

Actividad: _____

Alergias conocidas (medicamentos o naturales): _____

Medicamentos especiales que se toman _____

Fecha de la última vacuna contra el tétanos; _____

Historia de condiciones médicas graves: _____

Cualquier restricción física: _____

Otras condiciones; _____

Médico de familia: _____

Número de teléfono del padre o tutor: Celular; _____

Trabajo: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

N. ° de póliza: _____