



Autorización Médica de Emergencia

Programa preescolar de las escuelas de St. Vrain Valley

Nota: Debido a las regulaciones de licencias, estamos obligados a tener un comunicado de Autorización Médica de Emergencia en el archivo para cada estudiante. Por favor firme y devuelva este formulario a la maestra de su hijo por el primer día de preescolar.

Nombre de los estudiantes: _____

Maestro: _____

Permiso de Autorización Médica de Emergencia

Autorizo, con mi firma, que si los individuos que he proporcionado para los contactos de emergencia no pueden ser contactados, autorizo el personal escolar para usar sus mejores resoluciones judiciales en una situación de emergencia. El Distrito Escolar no tiene seguro médico o dental para los estudiantes. Se entiende que todos los costos relacionados con el tratamiento de emergencia será la responsabilidad de los padres. Siempre y cuando el tratamiento médico lo considera necesario es de conformidad con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica, que impongo prohibiciones específicas con respecto al tratamiento menos que se indique.

Padres/Guardian Nombre

Padres/Guardian Firma

Fecha