

VICTOR VALLEY UNION HIGH SCHOOL DISTRICT – Student Emergency Card 2016-2017

If a change of address has occurred, a new proof of residency must be attached to this form before the address can be updated in our system.

Date / Fecha	School / Escuela	Grade / Grado
--------------	------------------	---------------

Student Information

Student Last / Apellido del estudiante	First / Nombre del estudiante	Middle / Inicial	Gender/Genero <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Residential Address / Domicilio	City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código postal

Family Information

The names of both parents of a student, the registering parent and the non-registering parent, shall be listed on the emergency contact card as persons authorized to pick up the child from school except where a court order has limited or revoked the parental rights and a copy of such order has been provided to the school.
Los nombres de ambos padres de un estudiante, el padre al registrar y el padre que no tiene la inscripción, deberán figurar en la tarjeta de contacto de emergencia como las personas autorizadas para recoger al niño de la escuela, excepto cuando una orden judicial ha limitado o revocado los derechos de los padres y una copia de dicho orden ha sido proporcionada a la escuela.

Legal Mother: Madre legal	Name / Nombre	Home Phone / Teléfono de la casa	Cell Phone / Teléfono móvil	Email / Correo electrónico
	Residential Address / Domicilio	City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código postal
	Place of Business / Lugar de trabajo	Work Phone / Teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> Lives with / vive con <input type="checkbox"/> Not in home / no en casa <input type="checkbox"/> Deceased / fallecido	

Legal Father: Padre legal	Name / Nombre	Home Phone / Teléfono de la casa	Cell Phone / Teléfono móvil	Email / Correo electrónico
	Residential Address / Domicilio	City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código postal
	Place of Business / Lugar de trabajo	Work Phone / Teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> Lives with / vive con <input type="checkbox"/> Not in home / no en casa <input type="checkbox"/> Deceased / fallecido	

Guardian / Cuidador Foster Parent/Step-Parent Padre de crianza / Padrastro	Name / Nombre	Home Phone / Teléfono de la casa	Cell Phone / Teléfono móvil	Email / Correo electrónico
	Residential Address / Domicilio	City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código postal
	Place of Business / Lugar de trabajo	Work Phone / Teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> Stepmother / Madrastra <input type="checkbox"/> Stepfather / Padrastro <input type="checkbox"/> Foster Parent / Padre de crianza <input type="checkbox"/> Legal Guardian / Tutor legal <input type="checkbox"/> Caretaker / Cuidador	

Release

California Education Code 49400:

For the protection of a pupil's health and welfare, the governing board of a school district may require the parent or legal guardian of a pupil to keep current at the pupil's school of attendance, emergency information including the home address and telephone number, business address and telephone number of the parent or guardian, and the name, address and telephone number of a relative or friend who is authorized to care for the pupil in any emergency situation if the parent or legal guardian cannot be reached.

Para la protección de la salud y el bienestar del alumno, la junta directiva de un distrito escolar puede requerir que el padre o tutor legal de un alumno de mantenga al día en la escuela de la escuela en la asistencia, información de emergencia incluyendo la dirección y número de teléfono, dirección comercial y número de teléfono de los padres o tutores, y el nombre, dirección y número de teléfono de un pariente o amigo que está autorizado para cuidar al alumno en cualquier situación de emergencia si el padre o tutor legal no se puede llegar.

Persons listed below will be called in case of emergency if the parent or guardian cannot be reached. Therefore, please list only persons over the age of 18.
Las personas que figuran a continuación serán llamadas en caso de emergencia si el padre o tutor no se puede llegar. Por lo tanto, por favor escriba sólo las personas mayores de 18 años.

Name / Nombre	Name / Nombre	Name / Nombre
Relationship to Student / Relación con el estudiante	Relationship to Student / Relación con el estudiante	Relationship to Student / Relación con el estudiante
Phone Number / Número de teléfono	Phone Number / Número de teléfono	Phone Number / Número de teléfono
Permission to: / El permiso para <input type="checkbox"/> Release / Liberación Please check at least one option Por favor, compruebe al menos una opción <input type="checkbox"/> Verify / Verificar	Permission to: / El permiso para <input type="checkbox"/> Release / Liberación Please check at least one option Por favor, compruebe al menos una opción <input type="checkbox"/> Verify / Verificar	Permission to: / El permiso para <input type="checkbox"/> Release / Liberación Please check at least one option Por favor, compruebe al menos una opción <input type="checkbox"/> Verify / Verificar

Revised 1/30/2015

CEC

VICTOR VALLEY UNION HIGH SCHOOL DISTRICT – Student Emergency Card 2016-2017

Siblings - Please list all brothers and sisters who attend school in the VVUHSD		
Name / Nombre	Name / Nombre	Name / Nombre
Grade / Grado	Grade / Grado	Grade / Grado
School / Escuela	School / Escuela	School / Escuela

Authorization For Emergency Medical Treatment

The undersigned, as parent/legal guardian of, _____, a minor, hereby authorizes the principal or designee, into whose care the student has been entrusted, to consent to any x-ray, examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis, treatment, and/or hospital care to be rendered to the student upon the advice of any licensed physician or dentist. It is understood that this authorization is given in advance of any required diagnosis, treatment, or hospital care and provides authority and power to the Victor Valley Union High School District ("District") to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment, or hospital care which a licensed physician or dentist may deem necessary. This authorization is given in accordance with Section 49407 of the California Education Code, and shall remain effective until revoked in writing and delivered to the District. I understand the District, its officers and employees assume no liability of any nature in relation to the transportation of the student. I further understand that all costs of paramedic transportation, hospitalization, and any examination, x-ray, or treatment provided in relation to this authorization shall be my sole responsibility as the student's parent/guardian.

El abajo firmante, como padre / tutor legal de, _____, un menor, autoriza al director o persona designada, en cuyo cuidado el estudiante ha sido confiado, para consentir a cualquier radiografía, examen, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento, y / o la atención hospitalaria que se presta a los estudiantes con el asesoramiento de cualquier médico o dentista. Se entiende que esta autorización está dada por adelantado de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria requerida y proporciona autoridad y poder para el Distrito de Escuelas Secundarias Victor Valley Union ("Distrito") para dar consentimiento específico a cualquier y todo tal diagnóstico, tratamiento o la atención hospitalaria que un médico o un dentista con licencia estimen necesarias. Esta autorización se otorga de acuerdo con la Sección 49407 del Código de Educación de California, y permanecerá en vigencia hasta que sea revocada por escrito y entregada al Distrito. Entiendo que el Distrito, sus funcionarios y empleados no asumen ninguna responsabilidad de cualquier naturaleza en relación con el transporte del estudiante. Entiendo, además, que todos los costos de transporte paramédico, hospitalización, y cualquier examen, rayos x, o tratamientos suministrados en relación con esta autorización será mi única incumba la responsabilidad como padre / tutor del estudiante.

Does the student have health insurance (Check One) Yes / SI No. If "Yes": Private Health Insurance / Seguro de salud privada Medi-Cal Healthy Families

Medi-Cal / Healthy Families ID Number: _____
 Medi-Cal / Healthy Families Numero ID: _____

1. Private Health Insurance Name / Privado Nombre de Seguro de Salud	Group No. / Grupo	2. Private Health Insurance Name / Privado Nombre de Seguro de Salud	Group No. / Grupo
--	-------------------	--	-------------------

Name of Doctor or Medical Office / Nombre de la oficina del médico _____
 Phone Number of Doctor or Medical Office / Número de teléfono de la oficina del médico _____

My student has the following health problems: *Mi estudiante tiene los siguientes problemas de salud:*
 My student takes the following medication at home: *Mi estudiante toma el siguiente medicamento en casa.*

My student is allergic to the following: *Mi hijo es alérgico a los siguientes:*
 My student takes the following medication at school: *Mi estudiante toma el siguiente medicamento en la escuela.*

Where is your child/family currently living?

This information will be used to determine if your child qualifies for additional assistance under the "No Child Left Behind Act" of 2001. *Esta información se utilizará para determinar si su hijo califica para asistencia adicional en el marco del "Que Ningún Niño Se quede Atrás" de 2001.*

In a single family residence / En una residencia unifamiliar In a shelter or transitional housing program / En un refugio o programa de vivienda de transición
 In a foster care placement or group home / En un hogar sustituto u hogar de grupo With more than one family in a house/apartment due to economic hardship / Con más de una familia en una casa / apartamento debido a las dificultades económicas
 In a motel, automobile, or campsite / En un motel, automóvil, o camping With more than one family in a house/apartment not due to economic hardship / Con más de una familia en una casa / apartamento no se debe a las dificultades económicas

Release of Directory Information

Student directory information may be released to agencies, as permitted by law, and to those cooperating organizations normally connected with the activities of a school or school district including, but not limited to, Armed Forces Recruiters, colleges, and other organizations requesting student directory information. Directory information means one or more of the following items: student's name, address, telephone number, date and place of birth, participation in officially recognized activities and sports, dates of attendance, awards received, and the most recent public or private school attended by the student.

La información del directorio del estudiante puede ser divulgada a los agencias, según lo permitido por la ley y para aquellas organizaciones que cooperan normalmente relacionados con las actividades de una escuela o distrito escolar, incluyendo pero no limitado a, las Fuerzas Armadas reclutadores, universidades y otras organizaciones que solicitan información del directorio estudiantil. La información del directorio significa que uno o más de los siguientes elementos nombre del estudiante, dirección, número de teléfono, fecha y lugar de nacimiento, participación en actividades y deportes reconocidos oficialmente, fechas de asistencia, premios recibidos, y la más reciente escuela pública o privada a la que asistieron el estudiante.

Yes, I authorize the release of directory information regarding my student. *SI, autorizo la liberación de información del directorio acerca de mi estudiante.* No, I do not authorize the release of directory information regarding my student. *No autorizo la liberación de información del directorio acerca de mi estudiante.*

Photograph Release

VVUHSD has my permission to take photographs of my student and/or provide information pertaining to my student, to be used for publicity purposes in various media, including school flyers, radio, television, and newspapers. Additionally, if applicable, VVUHSD has my permission to post individual and team photographs and/or provide student information on the school and VVUHSD web pages. Yes / SI

VVUHSD tiene mi permiso para tomar fotografías de mi estudiante y / o proporcionar información relacionada con mi hijo, que se utilizará con fines publicitarios en diversos medios, como folletos de la escuela, la radio, la televisión y los periódicos. Además, en su caso, VVUHSD tiene mi permiso para publicar las fotografías individuales y de equipo y / o proporcionar información de los estudiantes en la escuela y páginas web VVUHSD. No

Internet Release

In accordance with VVUHSD Board Policy 6183.4 Student Use of Technology, parents must grant permission to allow the student to access the internet and/or the creation of an email account, De acuerdo con la Política del Consejo 6183.4 VVUHSD Estudiante uso de la tecnología, los padres deben dar permiso para que el estudiante para acceder a Internet, y / o la creación de una cuenta de correo electrónico.

Yes, I want my student have internet access. *SI, quiero que mi estudiante tenga acceso a internet.* Yes, I want my student have an email account. *SI quiero que mi hijo tenga una cuenta de correo electrónico.* No I do not want my student to have either. *No, yo no quiero que mi estudiante tenga tampoco.*

My signature certifies that all information provided is accurate. I understand that changes in address, telephone numbers, and/or emergency information must be reported to the school within 24 hours for the safety of my student.

Parent/Guardian Signature _____ Date: _____