



La Academia de Estrellas Charter School			
ATHLETIC EMERGENCY CONTACT FORM			
Athlete's Name			Date of Birth
Parent's Name			
Address			
Phone Number			Cell Phone
Insurance Information			
Insurance Company			ID #
Medical Clinic	Name		Phone
Hospital	Name		Phone
Dental	Name		Phone
EMERGENCY CONTACT			
Name			Relationship
Address			
Phone Number			Cell Phone
Name			Relationship
Address			
Phone Number			Cell Phone
MEDICAL CONDITIONS			
Allergies			
OTHER INFORMATION			
In the event that either parent or emergency contact person cannot be contacted by telephone I authorize La Academia de Estrellas Charter School to use discretion and seek medical attention/transportation.			
Parent Signature			Date



La Academia de Estrellas Charter School			
FORMULARIO DE EMERGENCIA ATLETICO			
Nombre del Atleta			Fecha de Nacimiento
Nombre de Padres			
Domicilio			
Teléfono		Celular	
Información de Seguro			
Nombre del Seguro			ID #
Clínica	Nombre		Teléfono
Hospital	Nombre		Teléfono
Dental	Nombre		Teléfono
CONTACTO DE EMERGENCIA			
Nombre		Relación	
Domicilio			
Nuero de Teléfono		Celular	
Nombre		Relación	
Domicilio			
Nuero de Teléfono		Celular	
CONDICIONES MEDICOS			
Alergias			
OTRA INFORMACION			
<p>En caso de que cualquiera de los padres o la persona de contacto de emergencia no pueden ser contactados por teléfono autorizo La Academia de Estrellas Charter School de usar discreción y buscar atención médica/transporte.</p>			
Firma del Padre			Fecha

