

To be completed by parent or guardian and updated at recertification and as changes occurs.

Paso Robles Joint Unified School District  
PRYDE Program

Office Notes:

**EMERGENCY INFORMATION**

Child's name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Child's Address: \_\_\_\_\_

Child's Age: \_\_\_\_\_

Parent or guardian #1: \_\_\_\_\_  
(Parent/guardian enrolling child in PRYDE)

Cell Phone: \_\_\_\_\_

Place of employment: \_\_\_\_\_

Work Phone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Parent or guardian #2: \_\_\_\_\_

Cell Phone: \_\_\_\_\_

Does the child live with this parent? \_\_\_\_\_

Place of employment: \_\_\_\_\_

Work Phone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Names of Persons Authorized to take the child from the Facility (This child will not be allowed to leave with any other person without written authorization from parent or guardian.)

Name	Contact Number	Relationship to child
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Physician Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Insurance Company \_\_\_\_\_ Allergies \_\_\_\_\_

Medical Problems \_\_\_\_\_ Medications \_\_\_\_\_

Other important information ie: Custody or restraining orders, medications, etc. Please attach any necessary documentation

In case of an accident or an emergency, I authorize a staff member of the child development agency to take my child to the above-named physician or to the nearest emergency hospital for such emergency treatment and measures as are deemed necessary for the safety and protection of the child at my expense.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

To be completed by parent or guardian and updated at recertification and as changes occurs.

Paso Robles Joint Unified School District  
PRYDE Program

Office Notes:

**INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS**

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio del niño/a: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Madre o Tutor #1 \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
(Padre / tutor que inscribe al niño en PRYDE)

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Padre or Tutor #2: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
¿Vive el niño/a con este padre? \_\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombres de las personas autorizadas para recoger al niño de la guardería de niños (Este niño no podrá salirse de las facilidades con ninguna otra persona sin la autorización por escrito de los padres o tutores).

Nombre	Número de contacto	Relacion al niño/a
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre del Medico/Dr. \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro Médico \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Problemas Médicas: \_\_\_\_\_ Medicamentos: \_\_\_\_\_

Alguna otra información importante como patria potestad, orden de restricción, medicamentos, etc. Por favor adjunte cualquier documentación necesaria

\_\_\_\_\_

En caso de un accidente o de alguna emergencia, yo reconozco a un empleado de la agencia de desarrollo infantil para que llamara al 911 y/o a un contacto de emergencia y si es necesario, mi hijo/a será transportado a la sala de urgencias del hospital más cercano para que se le proporcione el tratamiento considera necesario para la seguridad y la protección del niño. Yo pagaré por los servicios.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_