

Emergency Contact Form

Student(s) Name/Date of Birth:

1. _____ Grade _____
2. _____ Grade _____
3. _____ Grade _____

Parent Name(s) Mother _____ Father _____

Address (where you really live) _____

Second address (if applicable) _____

Mailing address (PO Box, etc.) _____

Home Phone # _____

Mother's work #: _____ Mother's cell #: _____

Father's work #: _____ Father's cell #: _____

email address _____ second email _____

If you wish to receive texts from the school: start a text, in the recipient box type 68453, type optin or yes in the message box and then click send.

In case of sudden illness, accident or emergency school closing, we must be able to reach a parent or contact person that you designate.

WE WILL RELEASE YOUR CHILD ONLY TO THESE PEOPLE WHOSE NAMES APPEAR ON THE LIST BELOW IN ACCORDANCE WITH NYS EDUCATION LAW (3210-1C)

Please list name and at least two people (except mentioned parent) telephone (s) that should be in contact with a case of illness, accident or emergency occur.

Name and relationship to student:

Phone #:

Yes-I would like my contact information on the PTA Directory.

*****Use of the image of student option*****

Please select from the options below:

Yes-I hereby grant permission to the Montauk Public School to use the image of my child for school related purposes without further notifying me. I also understand that my child's name may be used with the video or image.

Yes-I grant permission to the Montauk Public School to use the image only (no names) of my child for inclusion to Student council Videos only.

No-I deny permission to the Montauk Public School to use the image of my child for publication outside of school.

Signature _____

Date ____ / ____ / 20 ____

Formulario de contacto de emergencia

Nombre del Estudiante/Fecha de Nacimiento

1. _____ Grade _____

2. _____ Grade _____

3. _____ Grade _____

Nombre (s) de los padres: Madre _____ Padre _____

Dirección (donde usted vive) _____

Segunda dirección (si corresponde) _____

Dirección postal (casilla postal, etc.) _____

Teléfono de casa # _____

Trabajo de la madre # _____ Celular de madre #: _____

Trabajo del padre # _____ Celular de padre #: _____

email address _____ segundo email _____

Si desea recibir los textos de la escuela debe empezar un texto, escriba 68453 en el cuadro destinatario, optin en el cuadro de mensaje y enviar.

En caso de enfermedad súbita, accidente o el cierre de emergencia de la escuela, debemos ser capaces de llegar a un padre o póngase en contacto con la persona que usted designe. Sólo se suelte al niño a las personas cuyos nombres aparecen en la lista de acuerdo con la ley de Educación de NYS (3210-1 C).

Por favor lista el nombre y teléfono (s) de al menos dos personas (excepto los padres mencionados) que debe ponerse en contacto con caso de enfermedad, accidente o emergencia ocurren.

Nombre y relación con el estudiante: número de teléfono

Sí -Quisiera que mi información de contacto en el directorio de PTA.

*****Uso de la opción de imagen de estudiante*****

Por favor, seleccione entre las opciones a continuación:

Sí-autorizo a la escuela de Montauk a usar la imagen de mi hijo para la escuela relacionadas con propósitos sin más notificación me. También entiendo que el nombre de mi hijo puede utilizarse con el vídeo o la imagen.

Sí-concedo el permiso a la escuela pública de Montauk a usar la imagen sólo (no nombres) de mi hijo para su inclusión en el Consejo de estudiantes videos solamente.

No-deniega el permiso a la escuela pública de Montauk a usar la imagen de mi hijo para su publicación fuera de la escuela.

Fecha de Firma _____

Date ___/___/20___

