



Dessau Middle School Band Medical Release Form

PLEASE PRINT

Name of child: Last _____ First _____

Street address _____ City _____ Zip _____

Home phone _____ Student's cell phone _____

STUDENT EMAIL _____ Student birthdate: _____ Student ID # _____

PARENT 1 EMAIL _____ PARENT 2 EMAIL _____

Parent 1 work phone _____ Parent 2 work phone _____

Parent 1 cell phone _____ Parent 2 cell phone _____

Parent 1 name _____ Parent 2 name _____

List primary guardian(s) _____

Name(s) of additional guardian(s) _____

Additional emergency contact:

Name _____ phone (_____) _____

Relationship to child _____

Phone/Name of home physician (_____) _____

Insurance carrier _____

Policy name & number _____

Allergies _____

Alerts _____

Current medication(s) including dosage and condition being treated. _____

In the event of a medical emergency and if I cannot be contacted, I hereby give permission for my child to receive appropriate medical treatment. I also hereby release school officials and chaperones from any liability for any actions taken in the normal course of their duties.

I do _____ do not _____ give permission for my child to take the proper doses of over the counter medication

I do _____ do not _____ give the band directors permission to authorize or refuse transport by emergency medical services as needed.

I/We hereby give permission for my child to ride with the Dessau Middle School Band for all band sanctioned events.

Signature of Parent(s)/Guardian(s)

Date

Dessau Middle School Band Medical Release Form

POR FAVOR IMPRIMIR

Nombre del niño: Último _____ Primero _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono celular del estudiante _____

CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTUDIANTE _____ Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Número de identificación del estudiante _____

PADRE 1 CORREO ELECTRÓNICO _____ PADRE 2 CORREO ELECTRÓNICO

Padre 1 teléfono de trabajo _____ Padre 2 teléfono de trabajo _____

Padre 1 teléfono celular _____ Padre 2 teléfono celular _____

Padre 1 nombre _____ Padre 2 nombre _____

Lista de tutor (es) primario (s) _____

Nombre (s) de tutor (es) adicional (s) _____

Contacto de emergencia adicional:

Nombre _____ teléfono (____) _____

Relacion hacía el niño _____

Teléfono / Nombre del médico de casa (____) _____

Aseguradora _____

Nombre y número de la póliza _____

Alergias _____

Alertas _____

Medicamento (s) actual (es) incluyendo la dosis y la condición que está siendo tratada. _____

En caso de una emergencia médica y si no puedo ser contactado, por la presente le doy permiso para que mi hijo reciba el tratamiento médico apropiado. También eximo a los oficiales escolares y chaperones de cualquier responsabilidad por cualquier acción tomada en el curso normal de sus deberes.

Yo ____do no ____ doy permiso para que mi hijo tome las dosis apropiadas de medicamentos sin receta médica

Hago ____no doy permiso a los directores de banda para autorizar o rechazar el transporte por servicios médicos de emergencia según sea necesario.

Por este medio, doy permiso para que mi hijo / a pasee con la banda de la escuela secundaria de Dessau para todos los eventos sancionados por la banda.

Firma del (de los) padre (s) / tutor (es)

Fecha