
**GREATER BERGEN
COMMUNITY ACTION, INC.**



241 Moore Street
Hackensack, NJ 07601
201-968-0200
www.greaterbergen.org

**EMERGENCY & FIRST AID CARD
(Tarjeta de Emergencia y primeros auxilios)**

Child's Name (**Nombre Niño/a**): _____ D.O.B (**F.D.N**): _____

Center (**Centro**): _____ Classroom # (**Salón**): _____

Parent/ Guardian : _____ Home Phone (**Teléfono Hogar**): (____) _____

Address(**Dirección**): _____

Mother's Work Phone (Teléfono Trabajo, Madre): (____) _____ Cell: (____) _____

Father's Work Phone (Teléfono Trabajo, Padre): (____) _____ Cell:(____) _____

Physician's Name /**Nombre Medico**: _____ Phone(**Teléfono**): _____

MEDICAL: Please list any special medical conditions that we need to be aware of (such as allergies, chronic illnesses, etc.) **Record medico: Por favor mencione cualquier condición que debemos saber, (como alergias, enfermedades crónicas, etc.)**

Please list those people to whom you have given Head Start the authorization to contact as pick up persons or in the event of an illness, serious accident, or center closings. I understand that the school will try to contact me using the information supplied above. If the school cannot reach me, I hereby authorize the school to contact the emergency/pick up persons listed below. This form must be updated twice a year. Any future changes to this form must be made in writing to the Family Advocate. In case of an emergency, speak to the Family Advocate. **Por favor mencione aquellas personas las cuales usted autoriza a Head Start para recoger a su niño/a del centro o para contacto de emergencia. Entiendo que en caso de enfermedad, accidente serio, o cierre del centro, la escuela tratara de contactarme usando la información suministrada arriba. Si la escuela no logra comunicarse conmigo, autorizo a la escuela a contactar a las personas de emergencia/personas autorizadas para recoger a su niño/a nombradas abajo. Esta forma debe ser revisada dos veces al año. Cualquier cambio a esta forma debe darse por escrito a su "Trabajadora Social" (Family Worker).**

Name _____ Relationship _____ Phone # _____

Address _____

Name _____ Relationship _____ Phone # _____

Address _____

Name _____ Relationship _____ Phone # _____

Address _____

Signature of Parent/Guardian: _____ Date _____

(Firma Padre/Guardián)

(Fecha)

Staff Signature _____ Date _____