KNOWLEDGE IS POWER PROGRAM

The KIPP Academy · 250 East 156th Street Rm. 418 · Bronx, NY 10451
Tel (718) 665-3555 · Fax (718) 585-7982

Student & Family Emergency Contact Form 2017-18

Student's Name:_____ Grade:_____

Date of Birth_____ Allergic to: _____ Asthma_____

Home Address

Street :_____
Apartment:_____
City:_____
Zip:_____
Home Phone Number: _____

Parent/Guardian #1 Information

Name: _____
Home Phone: _____
Cell Phone: _____
Work Phone: _____

Parent/Guardian #2 Information

Name: _____
Home Phone: _____
Cell Phone: _____
Work Phone: _____

Parent / Guardian Email Address

_____

Emergency Contact

Name:_____
Relationship:_____
Phone Number:_____

Please indicate the best way to reach you regarding missing homework on weekday mornings between 8 – 11 AM.

Phone Call:_____ Text:_____

Yes, I give permission for the school to seek medical treatment for my child in case of emergency.

Parent Signature:_____

KNOWLEDGE IS POWER PROGRAM

The KIPP Academy · 250 East 156th Street Rm. 418 · Bronx, NY 10451
Tel (718) 665-3555 · Fax (718) 585-7982

Formulario de Contacto de Emergencia para estudiantes y Familias 2017-18

Nombre del estudiante:_____ Grado:_____

Fecha de nacimiento:_____ Alergias_____ asma_____

Direccion de la Casa

Calle :_____
Apartamento:_____
Ciudad:_____
Codigo Postal:_____
Telefono de la Casa: _____

Padre/Guardian #1 Informacion

Nombre: _____
Telefono de la Casa: _____
Numero de celular: _____
Numero de Trabajo: _____

Padre/Guardian #2 Informacion

Nombre: _____
Numero de Telefono de la Casa: _____
Numero de celular: _____
Numero de Trabajo: _____

Padre / Guardian Correo Electronico

_____

Contacto de emergencia

Nombre:_____
Relacion:_____
Numero de Telefono:_____

Por favor indique la mejor manera de comunicarle sobre tareas incompleta durante la mañana, entre 8 – 11 AM.

Llamada Telefonica:_____ Texto:_____

SI, doy permiso a la escuela para que le de atencion medica a mi hijo/a en caso de emergencia.

Firma del Padre:_____