

**P. S. 7 Milton Fein School**  
3201 Kingsbridge Ave. Bronx, N.Y. 10463  
Tel: (718) 796-8695 Fax: (718) 796-7204 www.ps7bronx.org



**Miosotis Ramos, Principal**  
Brian Schaeffer, Assistant Principal  
Yolanda Wright, Assistant Principal

## Emergency Contact

Child's Name: \_\_\_\_\_ D.O.B: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Teacher's Name: \_\_\_\_\_

Name of Guardian: \_\_\_\_\_ Relationship: Mother/Father/Other Home Phone: \_\_\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

Name of Guardian: \_\_\_\_\_ Relationship: Mother/Father/Other Home Phone: \_\_\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

Email Address: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Parent's preferred language of communication: Written: \_\_\_\_\_ Oral: \_\_\_\_\_

Does child have any health condition that may affect participation in physical activities? Yes No

Limitation: \_\_\_\_\_ Allergies: \_\_\_\_\_

504 services for the current year? Yes or No Previous year? Yes or No

Does the child have a sibling(s) attending this school? Yes or No

Name: \_\_\_\_\_ Class: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Class: \_\_\_\_\_

List below names of five (5) people (list additional on the back) who may be called in case of emergency or if child is sick in school.

Child will be released **ONLY** to persons named on this form.

1. Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_

2. Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_

3. Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_

4. Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_

5. Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_

If there is a person who may **NOT HAVE ACCESS** to child, please indicate:

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Order of Protection Exists? Yes No

If none of the named contacts can be reached, what do you wish the school to do if your child is sick or injured?

It is understood that in the final disposition of emergency case, the judgment of the school authorities will prevail. The recommendation of the parent as indicated above will be respected as far as possible. The school must be notified in writing of any changes to information on this form.

I would like my child to walk home alone from school (Grades 3-5 only) Yes or No (Please circle one)

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**P. S. 7 Milton Fein School**

3201 Kingsbridge Ave. Bronx, N.Y. 10463

Tel: (718) 796-8695

Fax: (718) 796-7204 www.ps7bronx.org



Educating the Whole Child

**Miosotis Ramos, Principal**

Brian Schaeffer, Assistant Principal

Yolanda Wright, Assistant Principal

**Formulario de contactos de emergencias**

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

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Domicilio particular: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Domicilio particular: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Lenguaje Preferido: escrito: \_\_\_\_\_ verbal: \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño alguna condición de salud que pueda afectar su participación en actividades físicas? Sí No  
Restricciones: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

¿Recibirá servicios 504 este año? Sí No ¿Recibió el año pasado? Sí No

¿El niño tiene un hermano (s) asistir a esta escuela? Sí No

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Clase: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Clase: \_\_\_\_\_

Enumere abajo cinco (5) personas a quienes se les puede llamar en caso de emergencia o si el niño se enferma en la escuela.

El estudiante **SOLAMENTE** será entregado a las personas enumeradas en este formulario.

1. Nombre completo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Del trabajo: \_\_\_\_\_

2. Nombre completo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Del trabajo: \_\_\_\_\_

3. Nombre completo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Del trabajo: \_\_\_\_\_

4. Nombre completo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Del trabajo: \_\_\_\_\_

5. Nombre completo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Del trabajo: \_\_\_\_\_

Si hay alguna persona **QUE NO DEBE ESTAR EN CONTACTO** con el niño/a, por favor provea sus datos a continuación: Nombre completo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

¿Existe una orden legal (de la corte)? Sí No

Si ninguna de las personas enumeradas no puede ser contactada, ¿qué desea que la escuela haga en caso de que su hijo/a se enferme o se lastime? \_\_\_\_\_

Queda entendido que la decisión final ante una emergencia es la de las autoridades escolar. Las recomendaciones de los padres como indicados serán respetadas dentro de lo posible. Se comunicará al director de la escuela por escrito los cambios de información en este formulario.

Me gustaría que mi hijo camine solo en casa de la escuela (Grados 3-5 solamente) Si o No (Por favor marque uno)

\_\_\_\_\_  
Firma de uno de los padres o tutores

\_\_\_\_\_  
Fecha

**P. S. 7 Milton Fein School**

3201 Kingsbridge Ave. Bronx, N.Y. 10463

Tel: (718) 796-8695 Fax: (718) 796-7204 [www.ps7bronx.org](http://www.ps7bronx.org)



Educating the Whole Child

**Miosotis Ramos, Principal**

Brian Schaeffer, Assistant Principal

Yolanda Wright, Assistant Principal

---

**EMERGENCY CONTACT FORM**

**Please be sure to complete the attached Emergency Contact Form and submit it to your child's teacher on the first day of school.**

If your child becomes ill or injured at school, we will call you if he/she needs to be picked up from school. Keep your emergency forms updated and provide us with as many contacts as possible. If your child is ill, please keep your child home.

We must be able to reach someone at all times. Be sure to notify the office in writing of any change in home, work, or cell phone numbers.

In addition, if there is someone who should **NOT** be allowed to pick up your child, you must indicate that on the form and provide any legal supporting documentation.

---

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

**Por favor asegúrese de completar el formulario adjunto de Contacto de Emergencia y envíelo al maestro/a de su hijo/a el primer día de la escuela.**

Si su hijo/a se enferma o se lesiona en la escuela, le llamaremos si necesita que lo recojan de la escuela. Mantenga su formulario de emergencia actualizadas y nos proporcione tantos contactos como sea posible. Si su hijo/a esta enfermo, por favor, mantenga a su hijo/a en casa.

Debemos ser capaces de contactarnos con alguien en todo momento. Asegúrese de notificar a la oficina pro escrito cualquier cambio en los números de teléfono particular, del trabajo o celular.

Además, si hay alguien a quien **NO** se le debe permitir recoger a su hijo/a, usted debe indicarlo en el formulario y proporcional cualquier documentación de apoyo legal.

