



Autorización para contacto y atención de emergencia

Aurora Day Camp
8105 Roberts Drive
Atlanta, GA 30350
Teléfono: 470-632-0909
Fax: 470-632-0909
registrar@auroradaycamp.org

Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Este formulario de autorización debe ser llevada por el director, el personal médico, o la persona designada por el director, y se utilizará sólo en el caso de que hemos tratado de contactarlo a usted (el padre /tutor legal) y no hemos podido. Este formulario es solo para uso de emergencia y nunca será utilizado sin antes tratar de ponerse en contacto con usted.

Los contactos de emergencia a continuación tienen por lo menos, 18 años de edad. Los contactos están autorizados para recoger a mi hijo/a en caso de emergencia o a una hora de recogida no programada, y deben presentar prueba de identificación.

En caso de una emergencia, autorizo al médico y a quienes el medico quiera designar como sus asistentes del hospital donde lleven a mi hijo/a, para llevar a cabo cualquier procedimiento u operaciones de emergencia, dar tratamiento y/o administrar anestésicos a mi hijo/a. También doy permiso para que el campamento pueda organizar transporte relacionado.

☐ Sí ☐ No Iniciales: _____

Padre/tutor legal #1 _____ Padre/tutor legal #2 _____

Número de teléfono _____ Número de teléfono _____

Contacto para emergencias #1 (aparte de los padres) _____

Número de teléfono _____ Relación al niño _____

Contacto para emergencias #2 (aparte de los padres) _____

Número de teléfono _____ Relación al niño _____

Contacto para emergencias #3 (aparte de los padres) _____

Número de teléfono _____ Relación al niño _____

Médico primario _____ Número de teléfono _____

Alergias _____

Medicamentos _____

Estas autorizaciones e información se limitan a la fecha firmada abajo hasta 1 de julio del año que viene:

Nombre del padre/tutor Legal _____ Fecha _____