



Mary C. Barlow
Superintendente de Escuelas, Condado de Kern
1300 17th Street - CITY CENTRE
Bakersfield, CA 93301-4533

Camp KEEP Formulario de Recogida de Emergencia

Yo (o mi designado de emergencia) estaremos disponibles las 24 horas del día durante la estadía de mi hijo en KEEP.

Responderé a las llamadas telefónicas de mi escuela, el maestro de mi hijo o Camp KEEP (código de área 805).

En caso de que mi hijo deba ser recogido debido a síntomas de COVID-19, exposición a COVID-19 u otra enfermedad, lesión o mala conducta, recogeré a mi hijo dentro de las 4 horas posteriores a la notificación de emergencia.

Si es necesario, organizaré arreglos de recogida alternativos utilizando los contactos de emergencia que están a continuación. Verifiqué que estos números estén actualizados e informé a mis contactos de emergencia de esta necesidad.

Nombre del Padre: _____

Firma del Padre: _____

Nombre del Niño/a: _____

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Maestro: _____

1er Padre/Guardián: (Nombre) _____ (Relación) _____

Números de Teléfono: (Celular) _____ (Casa) _____ (Trabajo) _____

Segundo Padre/Guardián: (Nombre) _____ (Relación) _____

Números de Teléfono: (Celular) _____ (Casa) _____ (Trabajo) _____

1er Contacto de Emergencia: (Nombre) _____ (Relación) _____

Números de Teléfono: (Celular) _____ (Casa) _____ (Trabajo) _____

Segundo Contacto de Emergencia: (Nombre) _____ (Relación) _____

Números de Teléfono: (Celular) _____ (Casa) _____ (Trabajo) _____