



# HALPIN

EARLY CHILDHOOD CENTER

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ MAESTRA \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE EMERGENCIA

**FAVOR DE ESCRIBIR TODAS LAS PERSONAS QUE TIENEN PERMISO DE RECOGER A SU NIÑO(A) EN LA LISTA DE ABAJO:**

**SE REQUIERE IDENTIFICACION CON FOTOGRAFIA**

	NOMBRE	RELACION	NUMERO DE TELEFONO	NUMERO DE LICENCIA
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE LOS PADRES**

\_\_\_\_\_  
**NUMERO DE TELEFONO DE EMERGENCIA Y CASA**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**