

Student Name _____	ID _____
Year <u>26/27</u> Grade _____	School _____

Intent to Return & Information Update

To help us plan for the upcoming school year, we ask all families to complete this **Student Intent to Return Packet**. Your response helps us prepare class placements, staffing, and resources for our students, and provides an opportunity to **update your contact information** (address, phone number, and email) to ensure we can reach you with important school updates.

The following items should be completed and returned to your child's current school:

- ☐ Intent to Return & Information Update
- ☐ AZ Residency Documentation Form
- ☐ Proof of Residency *(Please attach proof of residency to your completed packet)*
- ☐ Parent/Guardian & Emergency Contact Information
- ☐ Medical History Form
- ☐ Individual Emergency Safety Plan

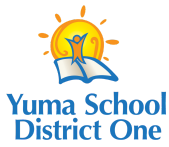
For the 26/27 school year, my student			
☐	Will return to their current school <i>Please complete all pages in this packet and return to your school, along with requested documents.</i>		
☐	Will not return to their current school <i>Please complete this section only and return this page to your school office.</i>		
_____ Student Name		_____ Student ID	_____ Grade in 26/27
		_____ School in 26/27	

In accordance with District policy and state law, the school must have current Student and Parent/Legal Guardian information on file. Proof of residency is required and **MUST** be updated annually.

Please enter the Student's Residential/Physical Address:

_____ Street	_____ City, State, Zip
Is this the address currently on file?	
☐ New Address	☐ Current Address on File
_____ Student Lives With	

As the Parent/Legal Guardian of the Student, I attest that I am a resident of the State of Arizona and submit in support of this attestation a copy of an acceptable document that displays my name and residential address or physical description of the property where the student resides.



Student Name _____	ID _____
Year <u>26/27</u> Grade _____	School _____

Intención de regresar y actualización de información

Para ayudarnos a planificar el próximo año escolar, pedimos a todas las familias que completen este **Paquete de intención de regresar el próximo año escolar**. Su respuesta nos ayuda a preparar la asignación de las clases, el personal y los recursos para nuestros estudiantes, y nos brinda la oportunidad de actualizar su información como (dirección, número de teléfono y correo electrónico) para asegurarnos de que podamos comunicarnos con usted con actualizaciones importantes de la escuela.

Los siguientes documentos deben completarse y devolverse a la escuela actual de su hijo(a):

- ☐ Intención de regresar y actualización de información
- ☐ Formulario de documentación de residencia de Arizona
- ☐ Comprobante de residencia (Agregué *comprobante de residencia a su paquete completo*)
- ☐ Información de contacto de emergencia para padres/tutores
- ☐ Formulario de historial médico
- ☐ Plan de seguridad de emergencia individual

Para el año escolar 26/27, mi estudiante			
☐	Regresará a su escuela actual <i>Complete todas las páginas de este paquete y devuélvelo a su escuela junto con los documentos solicitados.</i>		
☐	NO regresará a la escuela actual <i>Complete únicamente esta sección y devuelva esta página a la oficina de su escuela.</i>		
Nombre del estudiante _____		ID de estudiante _____	Grado en 26/27 _____ Escuela en 26/27 _____

De acuerdo con la política del Distrito y la ley estatal, la escuela debe tener en sus archivos la información actual del estudiante y del padre/tutor legal. Se requiere comprobante de domicilio, que DEBE actualizarse anualmente.

Por favor ingrese la dirección residencial/física del estudiante:

Dirección _____		Ciudad, Estado, Código Postal _____
¿Es ésta la dirección que tenemos actualmente en el sistema? _____		Estudiante vive con _____
☐ Nueva dirección	☐ Dirección actual registrada	

Como padre/tutor legal del estudiante, certifico que soy residente del estado de Arizona y presento en apoyo de esta certificación una copia de un documento aceptable que muestre mi nombre y dirección residencial o una descripción física de la propiedad donde reside el estudiante.



Student Name	_____
ID	_____ School _____
Grade	_____ Year <u>26/27</u>

Arizona Department of Education

Arizona Residency Documentation Form

Student _____ School _____

School District or Charter Holder Yuma Elementary School District One

Parent/Legal Guardian _____

As the Parent/Legal Guardian of the Student, I attest* that I am a resident of the State of Arizona and submit in support of this attestation a copy of the following document that displays my name and residential address or physical description of the property where the student resides:

- _____ Valid Arizona driver's license, Arizona identification card or motor vehicle registration
- _____ Valid Arizona Address Confidentiality Program authorization card
- _____ Real estate deed or mortgage documents
- _____ Property tax bill
- _____ Residential lease or rental agreement
- _____ Water, electric, gas, cable, or phone bill
- _____ Bank or credit card statement
- _____ W-2 wage statement
- _____ Payroll stub
- _____ Certificate of tribal enrollment (506 Form) or other identification issued by a recognized Indian tribe in Arizona
- _____ Documentation from a state, tribal or federal government agency (Social Security Administration, Veteran's Administration, Arizona Department of Economic Security)
- _____ Temporary on-base billeting facility (for military families)
- _____ Consular identification card issued by a foreign government as a valid form of identification if the foreign government uses biometric verification techniques in issuing the consular identification card
- _____ I am currently unable to provide any of the foregoing documents. Therefore, I have provided an original affidavit signed and notarized by an Arizona resident who attests that I have established residence in Arizona with the person signing the affidavit.

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

*For members of the armed services, the provision of verifiable documentation does not serve as a declaration of official residency for income tax or other legal purposes. Armed service members may utilize a temporary on-base billeting facility as the address for proof of residency.

Student Name _____
ID _____ School _____
Grade _____ Year <u>26/27</u>



Departamento de Educación de Arizona Formulario de Documentación de Residencia en Arizona

Nombre del Estudiante _____ Nombre de Escuela _____

Distrito Escolar o Escuela Chárter **YUMA SCHOOL DISTRICT ONE**

Padre/Tutor Legal _____

Como el padre del estudiante o representante legal, doy fe de que soy residente del estado de Arizona y presento como prueba de esta declaración copia del siguiente documento que muestre mi nombre y la dirección residencial o la descripción física de la propiedad donde reside el estudiante:

- _____ Licencia de conducir válida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- _____ Tarjeta vigente del Programa de Confidencialidad de Dirección de Arizona.
- _____ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- _____ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- _____ Contrato de renta de casa/residencia
- _____ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- _____ Factura de tarjeta de crédito o de banco
- _____ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- _____ Talón del cheque de paga
- _____ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.
- _____ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norteamericana.
- _____ Instalación temporal de alojamiento en la base (para familias militares)
- _____ Tarjeta de identificación consular emitida por un gobierno extranjero como forma válida de identificación si el gobierno extranjero utiliza técnicas de verificación biométrica al emitir la tarjeta de identificación consular.
- _____ Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.

Firma del Padre/Custodio legal

Fecha

* Para los miembros de las fuerzas armadas, la aportación de documentación verificable no sirve como declaración de residencia oficial para el impuesto sobre la renta u otros fines legales. Los miembros del servicio armado pueden utilizar un centro de alojamiento temporal en la base como dirección para la prueba de residencia.

Student Name _____	ID _____
Year <u>26/27</u> Grade _____ School _____	

Parent/Guardian Information - Must be listed on Birth Certificate or Legal Custody Documentation

Primary Parent/Guardian 1) Living with Student? ☐ Yes ☐ No

Name _____	Relationship to Student _____	Employer (Branch) _____
Address (Street, City, State, Zip) _____		Occupation (Rank) _____
Phone Number _____	Employer Address _____	
Email Address _____	Currently Active Duty? ☐ Yes ☐ No	

Primary Parent/Guardian 2) Living with Student? ☐ Yes ☐ No

Name _____	Relationship to Student _____	Employer (Branch) _____
Address (Street, City, State, Zip) _____		Occupation (Rank) _____
Phone Number _____	Employer Address _____	
Email Address _____	Currently Active Duty? ☐ Yes ☐ No	

(Additional) Parent/Guardian

Name _____	Relationship to Student _____	Employer _____
Address (Street, City, State, Zip) _____		Occupation _____
Phone Number _____	Work Phone _____	
Email Address _____	☐ Contact Allowed ☐ Ed Rights ☐ Release to	

Emergency Contact Information - Must be 18 years or older

Emergency Contact 1)

Name _____	Relationship to Student _____	Phone Number _____	Alternate Phone _____	☐ Release to
------------	-------------------------------	--------------------	-----------------------	-------------------------------------

Emergency Contact 2)

Name _____	Relationship to Student _____	Phone Number _____	Alternate Phone _____	☐ Release to
------------	-------------------------------	--------------------	-----------------------	-------------------------------------

Emergency Contact 3)

Name _____	Relationship to Student _____	Phone Number _____	Alternate Phone _____	☐ Release to
------------	-------------------------------	--------------------	-----------------------	-------------------------------------

Información para padres/tutores - Debe estar en el certificado de nacimiento o en la documentación de custodia legal.

Padre/Tutor principal 1) Vive con el estudiante? ☐ Sí ☐ No

Nombre	Relación con el estudiante	Empleador (Sucursal)
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	Ocupación (Rango)	
Número de teléfono	Dirección del empleador	
Dirección de correo electrónico	¿Actualmente en servicio activo? ☐ Sí ☐ No	

Padre/Tutor principal 2) Vive con el estudiante? ☐ Sí ☐ No

Nombre	Relación con el estudiante	Empleador (Sucursal)
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	Ocupación (Rango)	
Número de teléfono	Dirección del empleador	
Dirección de correo electrónico	¿Actualmente en servicio activo? ☐ Sí ☐ No	

(Adicional) Padre/Tutor

Nombre	Relación con el estudiante	Empleador
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	Ocupación	
Número de teléfono	Teléfono del trabajo	
Dirección de correo electrónico	☐ Contacto permitido ☐ Derechos de educación ☐ Permitido recoger	

Información de contacto de emergencia - Debe tener 18 años o más

Contacto de emergencia 1)

Nombre	Relación con el estudiante	Número de teléfono	Teléfono alternativo	☐ Permitido recoger
--------	----------------------------	--------------------	----------------------	--

Contacto de emergencia 2)

Nombre	Relación con el estudiante	Número de teléfono	Teléfono alternativo	☐ Permitido recoger
--------	----------------------------	--------------------	----------------------	--

Contacto de emergencia 3)

Nombre	Relación con el estudiante	Número de teléfono	Teléfono alternativo	☐ Permitido recoger
--------	----------------------------	--------------------	----------------------	--

**Health Office Permission / Medical History Form**March 15, 20 26 - September 30, 20 27

School Name: _____

Student Name: _____ DOB: _____ Grade: _____ Bus# _____

Parent Name: _____ Ph# _____ Ph#2 _____

Emergency Contact: _____ Ph# _____

Daily Medications & Dosages: _____

☐ **My student has a medication that will need to be administered at school. (Requires additional paperwork)****I approve the medications I have INITIALED, and request my child receive treatment in guidance with district policy.****MUST INITIAL NEXT TO MEDICATION TO BE VALID**

initials _____ Ibuprofen (Advil, Motrin)

initials _____ Acetaminophen (Tylenol)

initials _____ Antihistamine (Benadryl- Allergic Reactions Only)

initials _____ Zyrtec (Cetirizine)

initials _____ Chloraseptic Throat Spray

initials _____ Aquaphor

initials _____ Vaseline

initials _____ Hydrocortisone Cream

initials _____ Calamine Lotion

initials _____ Caladryl Lotion

initials _____ Orajel/ Ansebol

initials _____ Saline Solution (eyes/wounds)

My student has a diagnosis of:**(select all that apply)****YES NO**

Asthma If YES, initiate an Emergency Care Plan	☐	☐	☐ Mild ☐ Moderate ☐ Severe ☐ Prescribed Inhaler Healthcare Provider: _____ Phone: _____
Diabetes If YES, the Diabetic Medical Management Plan MUST be provided to the school health office immediately. Initiate Emergency Care Plan .	☐	☐	☐ Type I ☐ Type II Healthcare Provider: _____ Phone: _____
Seizures If YES, initiate an Emergency Care Plan	☐	☐	Rescue Medication: _____ Healthcare Provider: _____ Phone: _____
Life-Threatening Allergy If YES, initiate an Emergency Care Plan	☐	☐	Allergic to: _____ Treatment: ☐ Epipen ☐ Benadryl Healthcare Provider: _____ Phone: _____
Non Life-Threatening Allergy	☐	☐	☐ Food _____ ☐ Seasonal _____ ☐ Other _____ My student requires a Dietary Accommodations Form ☐ Yes ☐ No
Migraines / Frequent Headaches	☐	☐	How often: _____ Triggers: _____
Heart Condition/s	☐	☐	Specify type and limitations, if any: _____
Blood Disorder	☐	☐	Specify _____
Bowel / Bladder Disorder	☐	☐	Specify _____
Developmental and Behavior	☐	☐	☐ ADD ☐ ADHD ☐ Autism ☐ Other _____
Mental Health Condition	☐	☐	☐ Depression ☐ Anxiety ☐ Other _____
My student has an IEP/504 Plan	☐	☐	Describe: _____
Other Condition(s) or recent surgeries	☐	☐	Specify: _____
Wears Glasses / Contacts	☐	☐	☐ Glasses ☐ Contacts ☐ For Distance ☐ For Reading
Hearing Loss	☐	☐	☐ Right ear ☐ Left ear ☐ Hearing Aids ☐ Cochlear

My signature indicates the information on this form will be shared with school staff and emergency responders as needed. If emergency care is needed, I authorize qualified staff/responders to provide any necessary medical treatment. I understand the school district assumes no financial liability for expenses incurred due to an accident, injury, and/or unforeseen circumstances. I will not hold the district or its employees liable for harm if I fail to provide the required forms, provider orders, medications, and/or supplies for my student's asthma, seizures, diabetes, or life-threatening allergy.

I authorize Health Office Staff to contact my child's healthcare provider to discuss the medical conditions I have indicated on this form.

INITIALS _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

**Consentimiento de Tratamiento Médico / Historial Médico****15 de Marzo, 2026 - 30 de Septiembre, 2027****Nombre de la Escuela:** _____

Nombre de estudiante: _____ Féc. De Nac: _____ Grado: _____ Bús _____

Nombre del padre/tutor: _____ Ph# _____ Ph#2 _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Medicamentos diarios y dosis: _____

☐ **Mi estudiante tiene un medicamento que deberá administrarse en la escuela. (Requiere documentación adicional)****Apruebo los medicamentos que he rubricado y solicito que mi hijo reciba tratamiento de acuerdo con la política del distrito.****INICIALES REQUERIDAS AL LADO DE MEDICAMENTO PARA SER VALIDAS**

iniciales _____ Ibuprofeno (Advil, Motrin)

iniciales _____ Acetaminofen (Tylenol)

iniciales _____ Antihistamínica (Benadryl- Solo Reacción Alérgica)

iniciales _____ Zyrtec (Cetirizina)

iniciales _____ Spray cloráséptico para la garganta

iniciales _____ Aquaphor

iniciales _____ Vaselina

iniciales _____ Crema Hidrocortisona

iniciales _____ Loción Calamina

iniciales _____ Locion Caladryl

iniciales _____ Orajel/ Anbesol

iniciales _____ Gotas de Ojos

Mi alumno tiene un diagnóstico de (seleccione todas las que correspondan)**SI NO**

Asma Sí, inicie un Plan de Atención de Emergencia	☐	☐	☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo ☐ Inhalador Recetado Doctor/a: _____ Teléfono: _____
Diabetes Sí, DEBE proporcionar el Plan de Tratamiento Médico para la diabetes a la oficina de salud de la escuela de inmediato. Iniciar un Plan de Atención de Emergencia.	☐	☐	☐ Tipo I ☐ Tipo II Doctor/a: _____ Teléfono: _____
Convulsiones Sí, inicie un Plan de Atención de Emergencia	☐	☐	Medicación de Rescate: _____ Doctor/a: _____ Teléfono: _____
Alergia Potencialmente Mortal Sí, inicie un Plan de Atención de Emergencia	☐	☐	Alérgica/o a: _____ Tratamiento: ☐ Epinefrina ☐ Benadryl recetado Doctor/a: _____ Teléfono: _____
Alergia Leve	☐	☐	☐ Comida _____ ☐ Estacional _____ ☐ Otro: _____ Mi estudiante necesita un formulario de adaptaciones dietéticas ☐ Yes ☐ No
Migrañas / Dolores de cabeza frecuentes	☐	☐	Frecuencia: _____ Desencadenantes: _____
Problemas Cardíacos	☐	☐	Especifique el tipo y las limitaciones, si hay: _____
Desorden Sanguíneo	☐	☐	Especificar: _____
Trastorno Intestinal / Vejiga	☐	☐	Especificar: _____
Desarrollo y Comportamiento	☐	☐	☐ ADD ☐ ADHD ☐ Autismo ☐ Otro _____
Condición de Salud Mental	☐	☐	☐ Depresión ☐ Ansiedad ☐ Otro _____
Mi estudiante tiene un Plan IEP/504	☐	☐	Describir: _____
Otras condiciones o cirugías recientes	☐	☐	Especificar: _____
Usa lentes / lentes de contactos	☐	☐	☐ Anteojos ☐ Contactos ☐ Para la distancia ☐ Para leer
Pérdida de audición	☐	☐	☐ Oído derecho ☐ Oído izquierdo ☐ Aparatos para los oídos ☐ Coclear

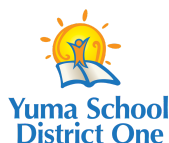
Mi firma indica que la información de este formulario se compartirá con el personal de la escuela y los servicios de emergencia según sea necesario. Si se necesita atención de emergencia, autorizo al personal/servicios de emergencia calificados a brindar cualquier tratamiento médico necesario. Entiendo que el distrito escolar no asume ninguna responsabilidad financiera por los gastos incurridos debido a un accidente, lesión y/o circunstancias imprevistas. No responsabilizaré al distrito ni a sus empleados por daños si no proporcionó los formularios requeridos, las órdenes de los proveedores, los medicamentos y/o los suministros para el asma, las convulsiones, la diabetes o las alergias potencialmente mortales de mi estudiante.

Iniciales _____ Autorizo al personal de la oficina de salud a comunicarse con el proveedor de atención médica de mi hijo para analizar las condiciones médicas que he indicado en este formulario.

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____

TODOS LOS FORMULARIOS DE SALUD SE PUEDEN ENCONTRAR EN www.yuma.org ,O COMUNÍQUESE CON LA OFICINA DE SALUD DE SU ESCUELA

HEALTH OFFICE revised 11/13/25



Student Name _____	ID _____
Year <u>26/27</u> Grade _____	School _____

Individual Emergency Safety Plan

Student Name _____	Student ID _____	Grade in 26/27 _____	School in 26/27 _____
In the event of an emergency, would your child require a specialized accommodation to safely evacuate a school facility?			
☐ Yes - If "Yes," please complete this form			
☐ No - If "No," please print and sign below, no further action is required			
PRINT Parent Name: _____			
Parent Signature: _____ Date: _____			

Please check the box next to the condition that identifies the student's need for evacuation assistance. Check all boxes that apply:

1. Non-English speaking or Speech-Related Disability:

- ☐ Non-English speaking - language spoken: _____
- ☐ Non-verbal ☐ Uses sign language
- ☐ Assistive technology device used: _____

2. The student is mobility impaired and uses:

- ☐ Wheelchair ☐ Walker ☐ Body Brace ☐ Other: _____

3. The student has a vision/hearing impairment:

- ☐ Legally blind (Do not check box when the sight is resolved by wearing corrective lenses) ☐ Hearing impaired

4. The student has the following condition(s) that would interfere with a safe evacuation:

- ☐ Autism ☐ Seizure ☐ Intellectual Disability ☐ Life-Threatening Allergy ☐ Asthma ☐ Diabetes
- ☐ Emotional/Psychological Disorder: _____
- ☐ Other Health Condition(s): _____

Medication(s) Taken:

Medication	Dosage	Time(s)	Taken at Home/School	Cannot Miss Dose
1.			☐ Home ☐ School	☐
2.			☐ Home ☐ School	☐
3.			☐ Home ☐ School	☐
4.			☐ Home ☐ School	☐
5.			☐ Home ☐ School	☐

For Office Use Only

Site Special Needs Safety Coordinator: _____ Site Principal: _____

Responsible Party for Plan Updates (include role): _____

rev 1-28-26

HEALTH OFFICE

Plan de seguridad de emergencia individual

Nombre del estudiante _____	ID del estudiante _____	Grado en 26/27 _____	Escuela en 26/27 _____
En caso de emergencia, ¿su hijo necesitaría ayuda especializada para evacuar de forma segura una instalación escolar? ☐ Sí - Si responde "Sí", complete este formulario ☐ No - Si responde "No", escriba su nombre y firme a continuación, no se requiere ninguna otra acción. ESCRIBA su nombre padre/tutor: _____ Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____			

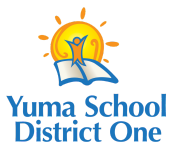
Marque la casilla junto a la condición que identifica la necesidad de asistencia para la evacuación del estudiante.
 Marque todas las casillas que correspondan:

1. Impedimento de comunicación o discapacidad relacionada con el habla:
 - ☐ No habla inglés - idioma hablado: _____
 - ☐ No verbal ☐ Utiliza lenguaje de señas
 - ☐ Utiliza dispositivo de tecnología de asistencia: _____
2. El estudiante tiene problemas de movilidad y utiliza:
 - ☐ Silla de ruedas ☐ Andador ☐ Ortesis corporal ☐ Otro: _____
3. El estudiante tiene una discapacidad visual/auditiva:
 - ☐ Legalmente ciego (No marque la casilla cuando la visión se resuelva mediante el uso de lentes correctivos)
 - ☐ Personas con discapacidad auditiva
4. El estudiante tiene las siguientes condiciones que podrían interferir con una evacuación segura:
 - ☐ Autismo ☐ Convulsiones ☐ Discapacidad intelectual ☐ Alergia potencialmente mortal ☐ Asma ☐ Diabetes
 - ☐ Trastorno emocional/psicológico: _____
 - ☐ Otras condiciones de salud: _____

Medicamentos tomados:

Medicamento	Dosificación	Veces	Tomada en casa/escuela	No se puede perder la dosis
1.			☐ Hogar ☐ Escuela	☐
2.			☐ Hogar ☐ Escuela	☐
3.			☐ Hogar ☐ Escuela	☐
4.			☐ Hogar ☐ Escuela	☐
5.			☐ Hogar ☐ Escuela	☐

For Office Use Only	
Site Special Needs Safety Coordinator: _____	Site Principal: _____
Responsible Party for Plan Updates (include role): _____	



Student Name _____	ID _____
Year <u>26/27</u> Grade _____	School _____

Location of Medication Storage (if applicable): ☐ Health office ☐ Classroom ☐ Other: _____

Other Equipment required (if applicable): _____

Type of Evacuation Equipment (if applicable): _____

Location of Evacuation Equipment (if applicable): _____

Special Instructions: _____

Additional Needs (e.g., comfort items, health and hygiene, seasonal needs)

Area of Need	Item(s)
1.	
2.	
3.	

Emergency Contact Information - <i>Must be 18 years or older</i>			
Emergency Contact 1)			
_____	_____	_____	_____
Name	Relationship to Student	Phone Number	Alternate Phone
Emergency Contact 2)			
_____	_____	_____	_____
Name	Relationship to Student	Phone Number	Alternate Phone
Emergency Contact 3)			
_____	_____	_____	_____
Name	Relationship to Student	Phone Number	Alternate Phone

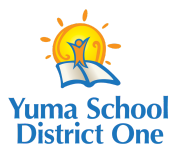
I acknowledge, with my signature below, that the information on this plan concerning my child is accurate and have been provided the opportunity to discuss with district personnel any concerns that I may have concerning the safety of my child in the event of an emergency. I also permit the release of this document to any and all persons assisting during an emergency, including district staff, volunteers, and emergency responders. I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time.

The parent/guardian agrees to inform the school administrator of any updates or changes to the information provided on this form.

PRINT Parent Name: _____

Parent Signature: _____ Date: _____

For Office Use Only
Site Special Needs Safety Coordinator: _____ Site Principal: _____
Responsible Party for Plan Updates (include role): _____



Student Name _____	ID _____
Year <u>26/27</u> Grade _____	School _____

Ubicación del almacenamiento de medicamentos (si corresponde): ☐ Oficina de salud ☐ Aula ☐ Otro: _____

Otro equipo requerido (si corresponde): _____

Tipo de equipo de evacuación (si corresponde): _____

Ubicación del equipo de evacuación (si corresponde): _____

Instrucciones especiales: _____

Necesidades adicionales (por ejemplo, artículos de confort, salud e higiene, necesidades de temporada)

Área de necesidad	Artículos
1.	
2.	
3.	

Información de contacto de emergencia - <i>Debe tener 18 años o más</i>			
Contacto de emergencia 1)			
Nombre _____	Relación con el estudiante _____	Número de teléfono _____	Teléfono alternativo _____
Contacto de emergencia 2)			
Nombre _____	Relación con el estudiante _____	Número de teléfono _____	Teléfono alternativo _____
Contacto de emergencia 3)			
Nombre _____	Relación con el estudiante _____	Número de teléfono _____	Teléfono alternativo _____

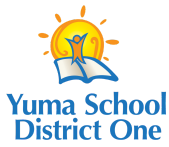
Con mi firma a continuación, reconozco que la información de este plan sobre mi hijo/a es precisa y que he tenido la oportunidad de hablar con el personal del distrito sobre cualquier inquietud que pueda tener respecto a la seguridad de mi hijo/a en caso de emergencia. También autorizo la divulgación de este documento a todas las personas que presten asistencia durante una emergencia, incluyendo al personal del distrito, los voluntarios y el personal de emergencias. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

El padre/tutor acepta informar al administrador de la escuela sobre cualquier actualización o cambio en la información proporcionada en este formulario.

ESCRIBA su nombre padre/tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

For Office Use Only
Site Special Needs Safety Coordinator: _____ Site Principal: _____
Responsible Party for Plan Updates (include role): _____



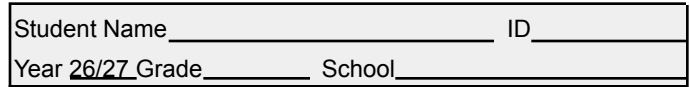
Student Name _____	ID _____
Year <u>26/27</u> Grade _____	School _____

FOR OFFICE USE ONLY

This plan will be revised as necessary to address the student's schedule changes.

Time of Day	Room #	Teacher	Assigned Personnel for Evacuation	
			Primary	Alternate
Before School Program				
After School Program				

For Office Use Only
Site Special Needs Safety Coordinator: _____ Site Principal: _____
Responsible Party for Plan Updates (include role): _____



Este plan se revisará según sea necesario para abordar los cambios de horario del estudiante.

For Office Use Only

Site Special Needs Safety Coordinator: _____ Site Principal: _____

Responsible Party for Plan Updates (include role): _____