



OGDENSBURG BOROUGH BOARD OF EDUCATION
 100 Main Street Ogdensburg, NJ 07439



Dave Astor
 Superintendent/Principal

Skye Patete
 Vice Principal Business Administrator/Board Secretary

Richard Rennie

2020-2021

EMERGENCY PROCEDURE FORM

Child's Name: _____ Grade: _____

Address: _____ Telephone # _____

Father / Step Father/ Guardian's Name (Circle One) _____

Cell/Phone _____ Lives with child YES _____ NO _____

Name of Employer: _____ Phone # _____

Mother / Step Mother / Guardian's Name (Circle One) _____

Cell/Phone _____ Lives with child YES _____ NO _____

Name of Employer: _____ Phone # _____

Does this child have health insurance: including NJ Family Care/Medicaid/Medicare, private or other?

Yes my child has health insurance

No my child does not have health insurance. You may release my name and address to the NJ Family Care Program to contact me about Health Insurance.

Signature: _____ Printed Name: _____ Date: _____

Written consent required pursuant to 20 U.S.C. :1232g(b)(1) and 34C.F.R. 99.30(b)
 NJ Family Care provides free or low cost health insurance for uninsured children and low income parents. For more information visit www.nifamilycare.org to apply online or call 1-800-701-0710

Current Medications: _____

Please specify the procedure/order of people to be called in the event of an illness or accident involving your child:

1. Name: _____ Telephone Number: _____

2. Name: _____ Telephone Number: _____

List any allergies, health or physical concerns:

This list will only be shared with appropriate school personnel. If you do not wish this, please initial _____

I hereby give the school nurse permission to provide medical treatment for my child during this SCHOOL YEAR

Signature: _____ Date: _____

PLEASE RETURN TO NURSE'S OFFICE



OGDENSBURG BOROUGH BOARD OF EDUCATION
100 Main Street Ogdensburg, NJ 07439



Dave Astor
 Superintendent/Principal

Skye Patete
 Vice Principal

Richard Rennie
 Business Administrator/Board Secretary

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA

El nombre del niño _____ Grado _____

Dirección _____ Tel.# _____

Padre / padrastro / nombre del tutor (circule uno) _____

Teléfono móvil _____ Vive con su hijo Sí ___ No ___

Nombre del empleador _____ Tel.# _____

Madre / madrastra / nombre del tutor (circule uno) _____

Teléfono móvil _____ Vive con su hijo Sí ___ No ___

Nombre del empleador _____ Tel.# _____

¿Tiene este niño seguro de salud que incluya NJ Family Care / Medicaid, Medicare, privado u otro?

SI mi hijo tiene seguro de salud _____

NO Mi hijo **no tiene** seguro de salud. Puede divulgar mi nombre y dirección al Programa de Cuidado Familiar de NJ para contactarme sobre el seguro de salud.

Firma _____ Nombre impreso _____ Fecha _____

Written consent required pursuant to 20 U.S.C. 1232g(b)(1) and 34 C.F.R. 99.30(b)

NJ Family Care provides free or low cost health insurance for uninsured children and low income parents. For more information visit www.njfamilycare.org to apply online or call 1-800-701-0710

Medicamentos actuales _____

Especifique el procedimiento / orden de las personas a las que se llamará, que desea que se siga en caso de enfermedad o accidente que involucre a su hijo.

Nombre _____ Tel.# _____

Nombre _____ Tel.# _____

Indique cualquier alergia, salud o inquietud física:

Esta lista solo se compartirá con el personal escolar apropiado. Si no desea esto, por favor inicial _____

Por este medio doy permiso a la enfermera de la escuela para que brinde tratamiento médico a mi hijo durante este año escolar.

Firma _____ Fecha _____

POR FAVOR REGRESE A LA OFICINA DE LA ENFERMA