



HOLYOKE COMMUNITY CHARTER SCHOOL

2200 Northampton St., Holyoke, MA 01040
Telephone: (413) 533-0111 Fax: (413) 536-5444
www.hccs-sabis.net

Emergency Consent Form

Valid for the entire time the student is enrolled at HCCS

- I give my permission for the child listed below to receive medical treatment in the event of an emergency, accident, injury or sickness that may occur while said child is in the jurisdiction of Holyoke Community Charter School ("HCCS"). In addition, I give permission to HCCS to act on my behalf and take whatever emergency measures such as, but not limited to, first aid, disaster and evacuation, summoning an ambulance for transport to the hospital.
- I understand it is my responsibility to keep my contact information up to date with HCCS.
- I am also aware it is my responsibility to relay any changes in my child's health in regards to allergies, illness or injuries with HCCS.
- I further agree to indemnify and hold harmless HCCS and its agents, from all claims as a result of any and all acts performed under this authority.

Student's Name: _____ Date of Birth: _____

Food/medication allergies: _____

Medications or health problems: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____



SABIS®
Education for a changing world®



HOLYOKE COMMUNITY CHARTER SCHOOL

2200 Northampton St., Holyoke, MA 01040
Telephone: (413) 533-0111 Fax: (413) 536-5444
www.hccs-sabis.net

Formulario De Consentimiento de Emergencia

Valido durante todo el tiempo que el estudiante está inscrito en HCCS

- Yo otorgo mi permiso para que el niño que se enumera a continuación reciba tratamiento médico en caso de una emergencia, accidente, lesión o enfermedad que pueda ocurrir mientras dicho niño se encuentre en la jurisdicción de la ESCUELA HOLYOKE COMMUNITY CHARTER ("HCCS"). Además, doy permiso a HCCS para que actue en mi nombre y tomar cualquier medidas de emergencia tales como, pero no limitadas a, primeros auxilios, desastre y evacuación, pedir una ambulancia para el transporte al hospital.
- Yo entiendo que es mi responsabilidad el mantener mi información de contacto actualizada con HCCS.
- También soy consciente de que es mi responsabilidad transmitir cualquier cambio en la salud de mi hijo con respecto a las alergias, enfermedades o lesiones con HCCS.
- Además, acepto indemnizar y eximir a HCCS y sus agentes de todas las reclamaciones como resultado de todos y cada uno de los actos realizados bajo esta autoridad.

Nombre Estudiante: _____ Fecha Nac: _____

Alergias Alimentos/Medicamentos: _____

Medicamentos o Problemas de Salud: _____

Firma Padre/Guardian: _____ Fecha: _____



SABIS®
Education for a changing world®