

Please print in ink

Cobb County School District  
CLINIC CARD

Grade: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_ School and Year: \_\_\_\_\_

Student Name: \_\_\_\_\_  M  F DOB: \_\_\_\_\_  
Last First Middle

Address: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_  
Street City Zip

Name(s) of parents/guardians with whom the student resides:

Name Relationship Home Phone Cell Phone Work Phone

Name Relationship Home Phone Cell Phone Work Phone

Name(s) of Siblings: \_\_\_\_\_ School attends: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ School attends: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Health Concerns: \_\_\_\_\_  
Allergies: Yes/No List here: \_\_\_\_\_  
List All Routine Medications: \_\_\_\_\_

I understand that I, or a person that I designate, should arrive within one hour of being called if my child is sick and needing to go home; or within 15 minutes if my child has a fever of 104 degrees F or higher.

**MEDICAL RELEASE STATEMENT:** I hereby authorize the Cobb County School District to seek emergency medical assistance for my child in the event the parent or guardian cannot be reached. I will assume full responsibility for all charges related to above.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Rev. 9/20

Por favor escribe con tinta

Distrito Escolar del Condado de Cobb  
TARJETA CLINICA

SPANISH

Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_ Escuela y Año: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  M  F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal

Nombre de los padres/tutores con los que vive el estudiante:

Nombre Relación Teléfono de la Casa Teléfono del Celular Teléfono del Trabajo

Nombre Relación Teléfono de la Casa Teléfono del Celular Teléfono del Trabajo

Nombres Hermanos: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Problemas de Salud: \_\_\_\_\_  
Alergias: Si/No Enumere: \_\_\_\_\_  
Enumere Medicamentos de Rutina: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que yo, o una persona que designe, debería llegar dentro de una hora después de que me llamen si mi hijo(a) está enfermo(a) y necesita irse a la casa; o dentro de 15 minutos si mi hijo(a) tiene fiebre de 104 grados F o más.

**DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN MÉDICA:** Por la presente autorizo a las escuelas del Condado de Cobb, a solicitar asistencia médica de emergencia para mi hijo(a) en caso que no se pueda localizar a los padres o tutores. Asumo completa responsabilidad por todos los cobros relacionados con lo anterior. Entiendo que yo, o una persona que designe, debe llegar dentro de una hora de haber sido llamado si mi hijo está enfermo; o dentro de 15 minutos si mi hijo tiene fiebre de 104 grados F o más.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_