

Child's Name: _____

Permission for Annual Class Roster

Each year we prepare a roster for each of our classrooms. This roster will not be furnished to any person other than parents of children enrolled in our program.

I authorize the following to be listed on the parent roster: Please circle "Yes" or "No" in each column:

My child's name: YES/NO	Phone number	Parent/Guardian name: YES/NO
	Work: YES/NO	
	Mobile: YES/NO	
	Home: YES/NO	

Print Name Signature Phone # Date

Email Address: _____

Permission to Transport

Complete either Part I or Part II below. Do not complete both.

Part I:

I give Lorain City Schools my permission to transport my child/children _____ (name of child/children) to _____ (hospital/clinic) for emergency care or to _____ (dentist/clinic) for emergency dental care or to the nearest available source of assistance.

Signature of Parent/Guardian: _____
Date

Part II:

I do not give permission to **Lorain City Schools** to transport my child/children _____ (name of child/children) for emergency medical or dental treatment. Instead, I wish the following action to be taken:

Child's Name: _____

Signature of Parent/Guardian: _____

Date

Permiso para la Lista Anual de Clases

Cada año preparamos una lista para cada una de nuestras clases. Esta lista no se proporcionará a ninguna persona que no sea padres de niños inscritos en nuestro programa.

Autorizo que se indique lo siguiente en la lista de padres: Marque con un círculo "Sí" o "No" en cada columna:

El nombre de mi hijo: Si/No **Numero de Teléfono** **Nombre del padre/tutor: Si/No**
Trabajo: Si/No
Mobile: Si/No
Casa: Si/No

Firma de Padre/Tutor Telefono Fecha

Correo Electrónico: _____

Permiso para Transportar

Llena Parte 1 o Parte 2. No llenes las dos

Parte 1:

Yo doy permiso a Lorain City Schools a trasportar a mis hijos(as)

_____ (nombre de su niños(as) en caso de una emergencia a

_____ (hospital o clínica) o _____ (dentista) o

el lugar disponible más cercano para asistencia.

Firma de Padre/Tutor: _____

Fecha

Parte 2:

No doy permiso a Lorain City Schools para transportar a mis hijos(as)

_____ (nombre del niño(a)) para atención médica en caso d una

emergencia o tratamiento dental. En cambio, deseo que se tomen las siguientes medidas:

Child's Name: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha