



Saint Aloysius Parish

Celebrating over 133 years of "Growing and Sharing in Jesus Christ"

2300 Le Moyne St.
Chicago, IL 60622
773-278-4808

staloyusparish.org fax: 773-278-4898 parish@staloyusparish.org

Medical Emergency Form

Child's Last Name: _____ First Name: _____

Address: _____ City: _____ State: IL Zip Code: _____

Home Phone: _____

Mother's Name: _____ Cell Phone: _____

Father's Name: _____ Cell Phone: _____

In case of an emergency, when parents/guardians cannot be contacted, please call:

Name: _____ Telephone: _____ Relationship: _____ Speaks English? _____

Name: _____ Telephone: _____ Relationship: _____ Speaks English? _____

Name of Doctor: _____ Doctor's Telephone: _____

Does this child have any illnesses and /or disabilities? _____ Yes _____ No

If Yes, Please explain: _____

Does this child take any medication? _____ Yes _____ No

If Yes, which medication: _____

Does this child have any allergies? _____ Yes _____ No

If Yes, Please explain: _____

In case of an accident or illness, and the Director cannot reach me, I give permission to the Director to call the Doctor listed above and to follow his/her instructions. If it is impossible to contact any persons or doctor, the Director may take any necessary arrangements to protect and keep my child safe.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____



Saint Aloysius Parish

Celebrating over 133 years of "Growing and Sharing in Jesus Christ"

2300 Le Moyne St.
Chicago, IL 60622
773-278-4808

staloyusparish.org

fax: 773-278-4898 parish@staloyusparish.org

Forma Médica de Emergencia

Apellido de Niño/a: _____ Primer Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: IL Zona Postal: _____

Teléfono de Casa: _____

Nombre de Mamá: _____ Número de Celular: _____

Nombre de Papá: _____ Número de Celular: _____

En caso de una emergencia y no podemos tener contacto con los papas/guardianes, favor de llamar a:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____ ¿Habla Ingles? _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____ ¿Habla Ingles? _____

Nombre de Doctor: _____ Teléfono de Doctor: _____

¿Tiene éste/a niño/a algunas enfermedades y/o discapacidades? _____ Sí _____ No

Si tiene, por favor explique: _____

¿Éste/a niño/a toma algún medicamento? _____ Sí _____ No

Si toma medicinas, cuales son: _____

¿Éste/a niño/a tiene alguna alergia? _____ Sí _____ No

Si tiene, por favor explique: _____

En caso de un accidente o enfermedad, y el Director no pueda comunicarse conmigo, yo doy permiso a el Director para llamar al doctor escrito aquí y siga sus instrucciones. Si es imposible comunicarse con las personas o doctor, el director puede hacer las decisiones necesarias para proteger y para mantener mi niño/a fuera de peligro.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____