

Student's Name \_\_\_\_\_

**PARENT SIGNATURE FOR RELEASE OF INFORMATION AND MEDICAL TREATMENT CONSENT**

I hereby give the School District Of Newberry County permission to use this information where necessary to benefit my child. I also give the School District Of Newberry County permission to provide health related services to my child. In case of an emergency, if a parent/guardian or alternate person(s) cannot be reached, I give permission for my child to be transported by EMS for emergency medical treatment to the nearest hospital. In such cases, the parent/guardian will be responsible for payment of costs.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF PARENT OR LEGAL GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
DATE

\*\*\*\*\*  
**FIRMA DEL PADRE PARA LIBERACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO**

Yo debidamente doy permiso al Distrito Escolar del Condado de Newberry para usar esta información cuando sea necesario para beneficio de mi niño. También le doy permiso al Distrito Escolar del Condado de Newberry para proveer servicios relacionados con la salud de mi niño. En caso de emergencia si el padre/ Guardián o persona alterna no puede ser localizada, doy permiso para que mi hijo sea transportado por EMS para un tratamiento de emergencia al hospital más cercano. En tales casos el padre o Guardián será responsable por el pago o los costos que esto pueda causar.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA

I am the undersigned and the parent OR legal guardian of the child being registered. This child resides with me and my place of residence is within the boundaries of the School District of Newberry County and the attendance area for this school. By my signature below, I am affirming that all information provided is accurate and truthful

Parent/Guardian

Signature \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Mo. Day Year

\*\*\*\*\*  
Con mi firma aseguro que soy el padre o Guardián del niño que esta siendo registrado. Este niño reside con migo y mi vivienda esta dentro de los predios del área demarcada para esta escuela por el Distrito Escolar del Condado de Newberry. Con mi firma yo estoy afirmando que toda la información proveída es cierta y verdadera.

Padre o Guardián

Firma \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
Mes. Día Año

I understand that if my child is Medicaid eligible, the district may bill the South Carolina Medicaid Program for these services and that Medicaid will pay the district for providing these services. I understand that Medicaid payment for services provided by the district will not affect any other Medicaid services for which my child might be eligible.

Medicaid Number: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
(10 DIGIT NUMBER)

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF PARENT OR LEGAL GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
DATE

\*\*\*\*\*  
Yo entiendo que mi niño es elegible para Medicaid, el Distrito puede cobrar al departamento de Medicaid y también Medicaid pagara al Distrito por estos servicios proveídos. Yo entiendo que los pagos a Medicaid por los servicios proveídos por el Distrito no afectaran ninguno de los otros servicios en el cual mi niño puede ser elegible.

Numero de Medicaid 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
(NUMERO DE 10 DIGITOS)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA