



Nombre:
Fecha da Nacimiento:
Grado:
Sexo:

Información del Hogar (Por favor en letra de molde)

Tener actualizaciones? Complete a continuación con la información nueva. (Comprobante de domicilio debe ser presentada junto con este formulario)

Número de Teléfono Actualizado:
Dirección Actualizada:
Dirección Actualizada:

Relación	Nombre Legal	Correo Electrónico	Teléfono	Remover
MADRE				<input type="checkbox"/>
PADRE				<input type="checkbox"/>

¿Tiene Actualizaciones? Llene abajo con cualquier información nueva.

Nombre Completo Legal: (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)
Relación con el Estudiante:
Teléfono del Trabajo: ()
Número del Celular: ()
Correo Electrónico:
Sexo:

Nombre Completo Legal: (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)
Relación con el Estudiante:
Teléfono del Trabajo: ()
Número del Celular: ()
Correo Electrónico:
Sexo:

Contactos Autorizados de Emergencia y de No-Emergencia

Yo doy permiso a las persona(s) indicadas abajo para que recojan a mi hijo(a) en cualquier caso de emergencia o de enfermedad. Cualquiera de las personas indicadas abajo debe tener 18 años de edad. Los estudiantes no van a ser dados a nadie que no esté en la tarjeta de emergencia. Cualquier otra persona que quiera recoger a su hijo(a) debe presentar una verificación escrita del padre con una copia de su Identificación del padre y una llamada a la oficina de asistencia de la escuela.

Relación	Nombre Legal	Correo Electrónico	Teléfono	Remover
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

¿Tiene Actualizaciones? Llene abajo con cualquier información nueva.

Nombre Completo Legal: (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)
Relación con el Estudiante:
Teléfono del Trabajo: ()
Número del Celular: ()
Correo Electrónico:
Sexo:

Nombre Completo Legal: (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)
Relación con el Estudiante:
Teléfono del Trabajo: ()
Número del Celular: ()
Correo Electrónico:
Sexo:

(Por Favor de ver al Reverso)



Nombre:	_____
Fecha da Nacimiento:	_____
Grado:	_____
Sexo:	_____

Condiciones de Salud

Mi hijo(a) tiene condiciones especiales/ diagnóstico médico.

Sí No

Si es Sí, por favor explique: _____

Mi hijo(a) tiene alergias a ciertas comidas y/o insectos.

Sí No

Si es Sí, por favor explique: _____

Mi hijo(a) trae consigo su propio medicamento de emergencias. (Inhalador/ EpiPen)

Sí No

Si es Sí, por favor explique: _____

Yo solicito y doy mi consentimiento para la persona designada por el director(a) a administrar Tylenol (sin aspirina) Acetaminofén a mi hijo(a).

Sí No

Estoy de acuerdo que en caso de una lesión grave, mi hijo/a será llevado al hospital más cercano en ambulancia si es necesario, y la atención de emergencia se proporcionará allí hasta que yo pueda ser contactado. **CUALQUIER GASTO O TRANSPORTE DE EMERGENCIA Y / O TRATAMIENTO SERÁ MI RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA.** También entiendo que es mi responsabilidad de proveer a la escuela con los cambios personales o de emergencia que se producen durante el año escolar.

Firma Del Padre: _____ Fecha: _____

NO LIBERAR A MI HIJO /A CON:(Por favor escriba claro)

Por favor, NO LIBERAR MI HIJO/A A LA PERSONA (S) indicadas a continuación:

Por favor escriba los nombres completos y **proveer a la escuela con las órdenes judiciales o restricciones ordenadas (a menos que ya en el archivo):**

NOMBRE COMPLETO: _____

NOMBRE COMPLETO: _____

Afirmación de Domicilio

Por favor seleccione una de las siguientes opciones de abajo.

- Afirmo que la información de residencia en este informe es actual, NO hay cambios.
- Hay cambios y ya hemos actualizado la información.

Firma Del Padre: _____ Fecha: _____