



Grado: _____ Aula: _____

Registro de estudiantes

PADRES COMPLETEN ESTE FORMULARIO , FIRMENLO Y DEVUÉLVANLO A LA ESCUELA DE SU HIJO

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE _____ **GÉNERO** _____

DE NACIMIENTO _____ **RAZA** _____ **ORIGEN ÉTNICO** _____ **UGAR DE NACIMIENTO** _____

DIRECCIÓN POSTAL _____ **CIUDAD** _____ **ESTADO** _____ **CREMALLERA** _____

DIRECCIÓN FÍSICA _____

AUTOBÚS N.º EN LA MAÑANA _____ **AUTOBÚS N.º EN LA PM** _____ **CELDA DEL ESTUDIANTE** _____

¿ESTÁ ESTE ALUMNO EN UN HOGAR DE ACOGIDA ? Marque SÍ o NO. ¿ES ESTE ALUMNO PADRE O MADRE SOLTERO? Por favor marque SÍ o NO

NOMBRE(S) DE LA PERSONA QUE TIENE LA CUSTODIA LEGAL DEL ESTUDIANTE: _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ **TELÉFONO (H)** _____ **(C)** _____ **(W)** _____

NOMBRE DE LA MADRE (Incluya el apellido de soltera) _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

DIRECCIÓN _____ **CIUDAD** _____ **ESTADO/CÓDIGO POSTAL** _____

¿Vive el niño con la madre? Marque con un círculo SÍ o NO. **TELÉFONO (H)** _____ **(C)** _____ **(W)** _____

NOMBRE DEL PADRE _____ **CORREO ELECTRÓNICO** _____

DIRECCIÓN _____ **CIUDAD** _____ **ESTADO/CÓDIGO POSTAL** _____

¿Vive el niño con su padre? Marque con un círculo SÍ o NO. **TELÉFONO (H)** _____ **(C)** _____ **(W)** _____

PERSONA DE CONTACTO ADICIONAL _____ **TELÉFONO** _____

¿Vive el niño con este contacto? Marque SÍ o NO. **Parentesco:** _____

DIRECCIÓN _____ **CIUDAD** _____ **ESTADO/CÓDIGO POSTAL** _____

ENUMERE CUALQUIER PROBLEMA O AFECCIÓN MÉDICA QUE SU HIJO TENGA Y QUE EL MAESTRO/LA ESCUELA DEBERÍA TENER EN CUENTA: _____

SI SU HIJO TOMA ALGÚN MEDICAMENTO HABITUALMENTE, POR FAVOR, ENUMÉRELO AQUÍ: _____

¿LE HAN DIAGNOSTICADO A SU HIJO ALGUNA VEZ ALERGIAS A ALIMENTOS, INSECTOS O MEDICAMENTOS? _____ **En caso afirmativo, enumere las alergias aquí:** _____

¿Su hijo tiene actualmente recetado un médico o profesional de la salud un Epi-Pen o un inhalador? _____ En caso afirmativo, debe proporcionar a la escuela un plan de acción para el asma o las alergias, escrito y firmado por el profesional de la salud para el año escolar en curso.

¿SU HIJO/HIJA TENÍA UN IEP EN ESTA O EN OTRA ESCUELA? Marque con un círculo SÍ o NO. En caso afirmativo, firme aquí para que podamos solicitar esos registros de la colocación anterior. _____

Ciertas evaluaciones estatales obligatorias se realizan anualmente en grados específicos. Si los resultados no están dentro de los límites normales, se le notificará. Para optar por no participar en las evaluaciones de salud, debe notificar al director por escrito.



LISTA DE RECOGIDA DE ESTUDIANTES

Estimado padre/tutor:

Para completar nuestra información sobre la protección de su hijo, complete este formulario. Si alguien viene a recoger a su hijo y no figura en ninguno de los tres contactos que aparecen al frente de este documento, deberá presentar una autorización con su firma y un número de teléfono donde podamos contactarlo para verificar la recogida.

*Tenga en cuenta que si existen documentos de custodia vigentes sobre su hijo/nieto, asegúrese de que la secretaría de la escuela tenga una copia de dicho registro. **No podemos entregar a su hijo/alumno sin verificar su permiso .***

ESTUDIANTE _____ GRADO _____ ESCUELA _____

Enumere a todas las personas que NO deben recoger a su hijo/estudiante:

Firma _____

del padre/tutor Fecha _____

Proporcione un número de teléfono para verificar el permiso _____