



Nota: _____ AULA: _____

Registro de estudiantes

LOS PADRES COMPLETAN ESTE FORMULARIO, FIRMAN Y REGRESAN A LA ESCUELA DE SU HIJO

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE _____

Fecha de nacimiento _____ **Carrera** _____ **Género** _____

DIRECCIÓN POSTAL _____

DIRECCIÓN FÍSICA _____

AUTOBÚS # EN A.M. _____ **AUTOBÚS # EN P.M.** _____

TELÉFONO RESIDENCIAL # _____ **CELÚLA #** _____

ESTÁ ESTE ESTUDIANTE EN CUIDADO DE CRIANZA? Por favor, marque Sí o NO **ES ELESTUDIANTE UN PADRE SOLTERO?** Por favor, marque Sí o NO

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

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LOS PADRES _____

NOMBRE DE HER _____ **TELÉFONO** _____

El niño vive con la madre? Por favor, marque Sí o NO

NOMBRE DEL PADRE _____

El niño con el padre? Por favor, marque Sí o NO

1ª PERSONA DE CONTACTO DE EMERGENCIA _____ **TELÉFONO** _____

El niño vive con este contacto? Por favor, marque con un círculo Sí o NO Relación: _____

2ª PERSONA DE CONTACTO DE EMERGENCIA _____ **TELÉFONO** _____

El niño con este contacto? Por favor, marque con un círculo Sí o NO Relación: _____

HAGA UNA LISTA DE CUALQUIER PROBLEMA O AFECCIÓN MÉDICA QUE SU HIJO TENGA Y QUE EL MAESTRO/ESCUELA DEBA CONOCER AQUÍ: _____

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

¿Su hijo está recetado actualmente, por un médico/proveedor de atención médica, un Epi-Pen o un inhalador? _____ If Sí, debe proporcionar a la escuela un plan de acción para el asma y/o la alergia escrito y firmado por el proveedor de atención médica para el año escolar actual.

¿TUVO O TUVO SU HIJO UN IEP EN ESTA U OTRA ESCUELA? Por favor, marque Sí o NO. En caso afirmativo, firme aquí para que podamos solicitar esos registros de la colocación anterior _____

Ciertas evaluaciones obligatorias por el estado se dan cada año a grados específicos. Si los resultados no están dentro de los límites normales, se le notificará. Para optar por no participar en el examen de salud, debe notificar al director por escrito.

En caso de emergencia, yo (Nosotros) doy nuestro permiso para que el personal de la escuela preste tratamiento de primeros auxilios y envíe a mi hijo a un centro médico para recibir tratamiento en caso de que no pueda ser contactado por teléfono. Notificaré a la oficina de la escuela de cualquier cambio en la información que figura en este formulario.

Siempre administre medicamentos en casa si es posible. El personal de la escuela ayudará con la autoadministración de prescripciones / medicamentos sin receta en el improbable caso de que los padres / tutores no puedan administrarlos en casa. Esto será a petición de y como una adaptación para el padre / tutor. Al firmar este formulario, entiendo que es mi responsabilidad proporcionar medicamentos en el envase original con el nombre del estudiante, el nombre del médico, el nombre del medicamento y las instrucciones en el envase acompañadas de una nota del padre/tutor.



LISTA DE RECOGIDA DE ESTUDIANTES

Estimado padre/tutor,

Para ayudar a completar nuestra información sobre la protección de su hijo, complete este formulario.

NOMBRE DEL NIÑO _____

SCHOOL _____

Solo las siguientes personas tienen permiso para recoger a mi hijo de la escuela.

NOMBRE

RELACIÓN

TELÉFONO

Haga una lista de cualquier persona que NO debe recoger a su hijo: _____

Si alguien viene a recoger a su hijo cuyo nombre no está en esta lista, debe tener un permiso con su firma y número de teléfono donde pueda ser contactado para verificar la recogida. No podemos liberar a su hijo sin verificar su permiso.

Si hay documentos de custodia vigentes con respecto a su hijo / nieto, asegúrese de que la oficina de la escuela tenga una copia de ese registro.

Fecha de firma del padre/tutor

Date

Teléfono para permiso verification _____