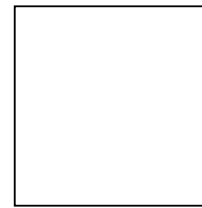


Estudiantil _____

de Autobús _____



Maestro/a _____

Alerta Medica _____ *Medicamento _____

Información de Inscripción/Emergencia para la Escuela Lakeside

Apellido del Estudiante: _____ Nombre del Estudiante: _____

Año en curso: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: M ___ F ___ Teléfono: (_____) _____

Domicilio: _____ Código Postal: _____

Mamá/Tutor: _____ Empleador: _____

Número de Teléfono del Trabajo: _____ Número de Teléfono Celular: _____ E-Mail: _____

Papá/Tutor: _____ Empleador: _____

Número de Teléfono del Trabajo: _____ Número de Teléfono Celular: _____ E-Mail: _____

El/La niño/a vive con: (Seleccione uno) Ambos Padres Mama Papá Tutor Cuidado adoptivo temporal

En caso de una Emergencia Contactar a:(en caso de que no este disponible un padre)

Proveedor/a de cuidado infantil _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación _____ Teléfono: _____

Otros niños en casa (nombre y escuela que asisten)

Actualmente, ¿dónde vive el niño/a y familia? (Marque solamente una caja) *Esta información será usada para determinar si su hijo/a califica para asistencia adicional por el Acta de Ningún Niño Se Quedará Atrás de 2001.*

- En una residencia de una familia {200} En cuidado adoptivo temporal {190}
- En un alberge o programa de vivienda transitoria {190} En un motel, automóvil o campamento {191}
- Con mas de una familia o en una casa o apartamento por dificultades económicas excesivas {191}
- Fuerzas Armadas miembro de la familia [192]

¿Se ha mudado dentro de los 3 últimos años, aunque solamente haya sido por un corto tiempo? Sí No

¿Fue la mudanza para que un miembro de su familia encontrara trabajo en la agricultura? [09] Sí No

Información Médica

¿El estudiante es alérgico a las picaduras de abeja? ___ Enumere por favor cualquier otra alergia o condición médica _____

El médico primario del cuidado de mi niño/a es: Dr. _____ Teléfono # _____

Domicilio _____

En caso de una emergencia, yo entiendo que mi hijo/a será transportado a una instalación médica según lo determinado por el personal de servicios de emergencia.

Si la escuela y/o el personal médico no pueden ponerse en contacto conmigo, este es mi permiso para que el personal médico que está al frente, administre el tratamiento necesario de primeros auxilios. Si el médico tiene que utilizar un anestésico antes del tratamiento, éste es mi permiso para que él o ella lo hagan. Toda la información anterior es verdadera, a mi mejor conocimiento.

Firma de Mamá/Tutor

Firma de Papá /Tutor

Fecha

Apellido del Estudiante: _____

Primer Nombre del Estudiante: _____