

Dirección de correo electrónico _____ Número del celular _____

¿Puede recibir mensajes de texto? SI NO

Todos los niños adicionales (menores de 19 años de edad) VIVIENDO EN ESTA CASA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo M F Escuela: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo M F Escuela: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo M F Escuela: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo M F Escuela: _____

¿Alguien que no sea la madre / madre natural tiene **tutela legal** o **custodia legal** ** papeles sobre este estudiante? SI NO

Si la respuesta es "Sí", indique el nombre y la relación del estudiante _____

**** Las copias de los documentos legales que asignan la tutela deben estar archivadas en la escuela antes de que la escuela pueda divulgar información a otra persona que no sea los padres.**

¿Se ha impuesto una restricción legal a alguien relacionado con el niño? SI NO

***** Las copias de la documentación legal que detalla cualquier restricción deben estar archivadas en la escuela antes de que la escuela pueda seguir legalmente cualquier orden de restricción.**

Indique cualquier otro padre o tutor legal con el que el estudiante NO viva:

Adulto # 1 Nombre _____ Relación con el estudiante _____

Dirección de casa s _____ Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

¿Recibe correos? Sí NO ¿Recibe notificaciones de messenger? SI NO ¿Acceso al Portal de Padres? Sí NO

¿Contacto de emergencia? SI NO

Adulto # 2 Nombre _____ Relación con el estudiante _____

Dirección de casa _____ Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

¿Recibe correos? Sí NO ¿Recibe notificaciones de messenger? Sí NO ¿Acceso al Portal de Padres? Sí NO

¿Contacto de emergencia? SI NO

Información de salud del estudiante

Por favor proporcione información específica para su hijo. La información se mantendrá confidencial.

Condiciones de salud (diabetes, problemas de visión / audición, inmunodeficiencia, convulsiones)

Asma

Alergias

Lesión / enfermedad / cirugía (huesos rotos, varicela, hepatitis, apendicectomía)

Medicamentos que se toman regularmente (indique el nombre del medicamento / dosis / motivo necesario) Tomado en la escuela? SI NO

Fecha y resultados de cualquiera de los siguientes exámenes en los últimos 12 meses:

Físico _____ Dientes _____ Ojo _____

Entiendo y acepto que esta información será revisada por la enfermera de la escuela y compartida con el personal escolar cuando sea apropiado.

Firma del padre / Fecha

Uso exclusivo de la oficina

IC # _____ State ID # _____

Lunch PIN # _____ Option Student Yes NO Home District Name _____

Initials _____