

**Oficina de Educación del Condado de Siskiyou - Programa Después de Escuela Seguro
Siskiyou después de la escuela para todos
2019-2020 Formulario de Inscripción Estudiantil**

Escuela: _____ Distrito: _____

Nombre Legal del Estudiante: _____ Apellido Legal del Estudiante: _____

Nombre del estudiante que le gusta ser llamado si es diferente de Legal nombre o apellido:

Maestro: _____ Grado en agosto de 2019: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio del Estudiante: _____
Calle o P.O. Box # _____ Ciudad _____ Código Postal _____

¿Es este estudiante sin hogar? Si No ¿Es este estudiante en cuidado de crianza temporal? Si No

Nombre Madre/Guardián: _____ Nombre Padre /Guardián: _____

Apellido Madre/Guardián: _____ Apellido Padre/Guardián: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono de la casa: _____

Número de teléfono celular: _____ Número de teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Lugar de Trabajo: _____ Lugar de Trabajo: _____

Dirección de correo electrónico de los padres: _____

Mi hijo saldrá del programa:

- Caminara sin ser supervisado (si la política del distrito escolar permite.) Mi hijo tiene mi permiso para firmar (él / ella) mismo cada día. en _____ p.m. Distrito Escolar Bus o Van Padres recoger
- Otro (describir) _____

Doy permiso para que mi hijo sea dado de alta del programa:

- Los adultos que figuran como contactos de emergencia en el formulario de inscripción.
- Nadie**, excepto el Padre/Guardianes que aparecen en este formulario de inscripción.

Número de emergencia y las personas autorizadas para recoger a los estudiantes aparte de los padres mencionados anteriormente: (Los estudiantes no se les permitira salir con cualquier persona que no se mencionada a continuación.) Por favor complete toda la informacion (Foto ID puede se requerida.) En caso de una emergencia, y cuando no se puede contactor a los padres/guardián, las siguientes personas tambien servir de contactos emergencia.

	Nombre Completo (Imprima Por Favor)	Numero de Teléfono	Relacion con el estudiante
1			
2			
3			

Lanzamiento de Atención de Emergencial Médicas

¿Su familia tiene seguro medico? Si No

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de su compañía de seguros? _____ Póliza # _____

Nombre del Doctor _____ Número de Teléfono _____

Condiciones médicas de los estudiantes _____

Medicamentos _____

Lista de alergias del niño (alimentacion, los insectos, pollen, ect) _____

¿Tiene su hijo una epi-pen? Si No

Firma del padre o guardián: _____ **Fecha:** _____