

**Oficina de Educación del Condado de Siskiyou - Programa Después de Escuela Seguro**  
**Siskiyou después de la escuela para todos**  
**2018-2019 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 2018: \_\_\_\_\_ 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:** \_\_\_\_\_