

## COMPLETAR AMBOS LADOS

Para los padres, marque la casilla si es una persona fuera de la fuerza laboral

**Padre** :(Marque todo lo que corresponda)  Contacto Permitido  Envíos por correo permitidos  Matrícula del padre Autorizado  a  difunto  
 Educación Derechos  Resp. Financiera

**Madre** :(Marque todo lo que corresponda)  Contacto Permitido  Envío por correo permitido  Matrícula del padre Autorizado a  difunto  
 Educación Derechos  Resp. Financiera

Información para los padres: Si hay un problema de custodia con respecto a su hijo, se debe presentar un documento legal certificado actualizado sobre la custodia o las restricciones en la oficina principal de esta escuela.

**ALERTA LEGAL:**  SÍ  NO La(s) siguiente(s) persona(s) **NO ESTÁN LEGALMENTE PERMITIDAS** para firmar la salida de mi hijo de la escuela en ningún momento: Documentos **ACTUALIZADOS CERTIFICADOS POR LA CORTE LEGAL** deben estar archivados en la escuela.

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

TRANSPORTE: (Marque todo lo que corresponda) AM Bus # \_\_\_\_\_ PM Bus # \_\_\_\_\_ Auto Rider \_\_\_\_\_ Walker \_\_\_\_\_  
Si la escuela sale temprano:  Mi hijo debe llamar al siguiente número de teléfono \_\_\_\_\_ antes de la salida temprano.

Mi hijo no necesita llamar antes de la salida temprana.

Indique cómo su hijo debe llegar a casa: (Marque uno)

Recogeré a mi hijo.  Mi hijo debe viajar en el autobús n.º \_\_\_\_\_ (primera ° segunda <sup>carga</sup>)

a: \_\_\_\_\_

Mi hijo debe tomar el autobús a casa como de costumbre.

Mi hijo viajará a casa con

### **INFORMACIÓN MÉDICA**

En caso de emergencia, si no se puede hacer contacto con los números enumerados, las autoridades escolares llevarán al niño al médico o llamarán a una ambulancia.

**MÉDICO DE FAMILIA :** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del hospital deseado \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene alguna condición de salud grave?  NO  SI (En caso afirmativo, indique) \_\_\_\_\_

Mi estudiante tiene las siguientes condiciones de salud que pueden requerir atención especial durante el horario escolar. Explique la condición y anote si se requiere medicación desde el hogar o durante el horario escolar según lo prescrito por el médico. Los ejemplos de condiciones médicas incluyen, pero no se limitan a: (asma, diabetes, alergia alimentaria, ADD/ADHD, etc.)

CONDICIONES MÉDICAS): \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO REQUERIDO EN LA ESCUELA:  SI  NO

La información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Es mi responsabilidad notificar a la escuela si la condición médica de mi hijo cambia y/o si ha desarrollado alguna condición médica que pueda requerir atención durante el horario escolar.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Nuestra política establece que a ninguna persona se le negará la admisión o será excluida de ninguna escuela pública en este estado por motivos de raza, credo, color, sexo u origen nacional. Todos los padres de Título 1 tienen derecho a solicitar las calificaciones o los maestros y paraprofesionales de sus hijos que trabajan con ellos. Las escuelas de Título 1 deben notificar a los padres de cualquier niño que reciba instrucción de un maestro académico básico que no esté altamente calificado durante más de cuatro semanas consecutivas.

junio 2021