

¿Estudiante asiste a una guardería? <input type="checkbox"/> Antes de escuela <input type="checkbox"/> Después de escuela <input type="checkbox"/> Antes y después de escuela	PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS <i>Nombre</i> <i>Domicilio</i> <i>Numero de Teléfono</i>
Por favor proporcione por escrito acuerdos adicionales para el cuidado de niños.	

SU NIÑO/A A CUALIFICADO A FAVOR O HA SIDO INSCRIBIDO ¿Un programa de Educación Especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Título/LAP Lectura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Título/LAP Matemáticas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Un programa para niños dotados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Un plan 504? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿ELL o ESL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Inicio Rápido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Otro? _____		¿SU NIÑO/A HA SIDO RETENIDO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, en que grado(s) _____
ESCUELA ANTERIOR	DISTRITO ESCOLAR ANTERIOR	INFORMACIÓN DE ESCUELA ANTERIOR (Teléfono, FAX, Ciudad y Estado)
¿SU NIÑO/A HA ASISTIDO ANTES AL DISTRITO ESCOLAR DE AUBURN? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SI ES SÍ, EL NOMBRE DE LA ESCUELA(S) QUE ASISTIO		ÚLTIMA FECHA QUE ASISTIÓ (Mes/Año)
¿SU NIÑO/A HA SIDO SUSPENDIDO/AO EXPULSADO/A POR VIOLACIÓN DE ARMAS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha(s) _____		

Autorizo el intercambio de información confidencial con la escuela anotada arriba. Entiendo que la información obtenida será tratada en manera confidencial y no será transmitida a tercer partido sin mi permiso. También entiendo que tengo el derecho de revisar toda la información y poner en tela de juicio a cualquier información que yo sienta es incorrecta.

Sí No

Firma de Padre o Tutor Legal _____ **Fecha** _____

Cuando una situación de emergencia ocurra afectando a su hijo/a, queremos rápidamente localizar ha adultos responsables. En caso que no podamos localizar a los padres o tutor, por favor anote a personas de confianza que estén disponibles durante el día para proporcionar cuidado a su hijo/a.

INFORMACIÓN PARA CONTACTO DE EMERGENCIA

CONTACTO PRINCIPAL (no sea el padre o tutor) <i>Apellido</i> <i>Primer Nombre</i>	Parentesco al niño/a:	TELEFONO #1(incluya el código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	TELEFONO #2(incluya el código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
DIRECCION DEL CONTACTO PRINCIPAL <i>Calle</i> <i>Ciudad</i> <i>Estado</i> <i>Código Postal</i>			
CONTACTO SECUNDARIO (no sea el padre o tutor) <i>Apellido</i> <i>Primer Nombre</i>	Parentesco al niño/a:	TELEFONO #1(incluya el código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	TELEFONO #2(incluya el código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
DIRECCION DEL CONTACTO SECUNDARIO <i>Calle</i> <i>Ciudad</i> <i>Estado</i> <i>Código Postal</i>			
TERCER CONTACTO (no sea el padre o tutor) <i>Apellido</i> <i>Primer Nombre</i>	Parentesco al niño/a:	TELEFONO #1(incluya el código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	TELEFONO #2(incluya el código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
DIRECCION DEL TERCER CONTACTO <i>Calle</i> <i>Ciudad</i> <i>Estado</i> <i>Código Postal</i>			

AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE ESTUDIANTE: Encaso de que la escuela no pueda comunicarse con los padres o tutor autorizo que mi hijo/a sea entregado/a a las personas anotadas arriba.

Sí No

Firma de Padre o Tutor Legal _____ **Fecha** _____

AUTORIZACIÓN PARA EMERGENCIA MEDICA: Si los padres o tutor legal en este registro no puedan ser localizados al tiempo de una emergencia, y si atención inmediata o tratamiento es urgente en opinión de las autoridades de la escuela, autorizo que manden al estudiante (acompañado apropiadamente) al hospital o medico de más fácil acceso. Entiendo que yo asumo toda la responsabilidad de pago de cualquier servicio dado.

Sí No

Firma de Padre o Tutor Legal _____ **Fecha** _____