

# Distrito Escolar Unificado de St. Helena

## Registración e Información de Emergencias

Escuela Primaria de St Helena

Solo para uso de oficina:

Student # \_\_\_\_\_

Date Completed: \_\_\_\_\_ Auth. Initials \_\_\_\_\_

Ultimo Distrito Escolar:	Ultima escuela que asistió:	1 <sup>er</sup> año cursado en U.S.:

¿Este estudiante alguna vez ha sido expulsado? **si**  **no**  Si es sí, nombre y locación de la escuela: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL ESTUDIANTE:

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Sexo M/F \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**El estudiante radica con:** Ambos padres  Madre solamente  Padre solamente  Custodia Compartida  Guardián Legal

**Seleccione si al menos uno de los padres/guardianes se encuentra activo en las fuerzas armadas de U.S.** Si  No

**Servicios de Educación Especial:** Si  No  RSP  Clases especiales diurna  Terapia/Lenguaje  Otro

**Padre  o Guardián** :

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Domicilio familiar (calle, ciudad, estado, código postal) \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Dirección postal (calle, ciudad, estado, código postal) \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Madre  o Guardián** :

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Domicilio familiar (calle, ciudad, estado, código postal) \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Dirección postal (calle, ciudad, estado, código postal) \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Opciones de residencia temporal, seleccione conforme aplique:** Familia vive en un albergue temporal  Familia vive en un hotel/motel

*Otras personas a contactar en caso de emergencia, quien tiene el permiso de usted para recoger a su hijo(a) de la escuela (anótelas en orden de preferencia).*

Nombre	Teléfono	Celular	Parentesco
1.			
2.			
3.			

**AUTORIZACION MEDICA:** Cuando no es posible localizar a los padres y el cuidado médico es necesario de inmediato, el personal docente de SHPS tiene permiso de solicitar dicho tratamiento. Si el médico familiar no está disponible, el personal docente de SHPS puede solicitar tratamiento médico conforme sea necesario.

Médico primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedor de seguro médico: \_\_\_\_\_ Número de seguro médico: \_\_\_\_\_

**RENUNCIA:** Como se indica en el código de Educación del Estado de California Sección 35330, entiendo que libero de toda responsabilidad al Distrito Escolar Unificado de St. Helena de cualquier daño causado que pudiera resultar en conexión con la participación de mi hijo(a) en esta actividad.

**Permiso para proveer fotos a los medios:** Si  No

Nos enorgullose el destacar los logros dentro del salón de clases y actividades escolares a través del anuario, fotografías, videos y/o entrevistas en nuestros sitios web, boletines informativos, periódicos u otros medios. Al marcar "sí", nos autoriza su consentimiento.

**Anote problemas de salud a largo-plazo, alergias o medicamentos recetados a su hijo(a):** \_\_\_\_\_

**Anote los nombres de los hermanos(as) y las respectivas edades:** \_\_\_\_\_

**Idioma que prefiere recibir información en casa:** Inglés  Español

**Firma de Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_