

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 ^{er} 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:** _____