

INFORMACION SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

¿Su estudiante tiene problemas de salud? Si No

Cuestionario de salud requerido para todos los estudiantes.

¿Requiere su hijo(a) medicamentos en la escuela? Si No

Al marcar si, llene la forma de medicamentos. Informase en la oficina de la escuela.

¿Usted tiene Seguro Medico? SI No

Compañía de Seguro: _____

Póliza _____

Por favor, lea y escriba sus iniciales en las siguientes declaraciones:

Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) sea liberado a mí o mi cónyuge o a un amigo / familiar que he designado y / o para ser trasladado en ambulancia al hospital más cercano en caso de emergencia.

Entiendo que el **Distrito Escolar de Tillamook no proporciona cobertura médica / dental de accidentes para estudiantes** con lesiones / enfermedades que se producen en la escuela. Yo entiendo que puedo adquirir voluntariamente un plan de seguro de accidentes para el estudiante.

Además reconozco que soy financieramente responsable de servicios médicos, dentales, ambulancia, u otros gastos de atención médica o transporte de mi hijo en casa, lo que podría ocurrir como resultado de tal enfermedad o lesión.

A que escuela asistió anteriormente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Nombre de hermanos: _____ Grado _____ Nombre de hermanos: _____ Grado: _____

DIVULGAR/PUBLICAR INFORMACION DEL DIRECTORIO

Por favor de de revisar el Manual para los Estudiantes/Padres, Avisos anuales. La escuela debe ser notificada dentro de 15 días de este aviso si usted no quiere que la información directorio de su estudiante sea publicada.

Etnicidad/Raza - Por favor de contestar el #1 y el #2:

1. Hispano/Latino No Hispano/Latino

2. Amerindio / Indígena de Alaska Asiático Negro / Afroamericana

Indígena de Hawai / Isleño del pacifico Blanco

Idioma en Casa

Encuesta sobre el idioma usada en casa:	Ingles	Español	Otro
1. ¿Que idioma aprendió primero <u>su hijo(a)</u> cuando el/ella comenzó a hablar?			
2. ¿Que idioma se habla mas frecuente <u>por los adultos</u> en casa?			
3. ¿Que idioma prefiere, cuando la escuela se comunica con usted sea verbal o por escrito?			

Yo declaro que la información arriba es, a mi sabiendas, exacta y verdadera:

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Tillamook School Dist. # 9
Tillamook Junior High School
3906 Alder Lane Tillamook, OR 97141
Phone: (503) 842-7531 Fax: (503) 842-1349

SCHOOL YEAR _____

Tarjeta de Registracion

Por favor de imprimir claramente. Regrese esta forma a la oficina principal.

INFORMACION SOBRE EL ESTUDIANTE

Nivel de Grado 7 8

Nombre LEGAL del estudiante: _____

Apellido

Nombre

Segundo nombre

Nombre PREFERIDO del estudiante: _____

Lugar de

nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Varon Hembra

Se tiene que proveer un comprobante sobre la fecha de nacimiento (solamente para nuevos estudiantes)

Para la oficina solamente Office use only: Vital Record/Birth Certificate _____ Hospital Record _____ Hospital Certificate _____ Other _____

El estudiante vive con: Nombre: _____ Relación: _____ Nombre: _____ Relación: _____

PRIMARIO ~ PADRE/GUARDIAN

Domicilio/teléfono igual que el estudiante

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Numero de Teléfono: _____

Teléfono de Trabajo: _____

Celular: _____

Email: _____

Marque si el padre/tutor es un miembro de las Fuerzas Armadas en servicio activo o de la Guardia Nacional de tiempo completo.

SECUNDARIO ~ PADRE/GUARDIAN

Domicilio/teléfono igual que el estudiante a menos que se indique

Nombre: _____

Relación: _____

Numero de Teléfono: _____

Teléfono de Trabajo: _____

Celular: _____

Email: _____

Requerido si el domicilio/teléfono es diferente del estudiante

Dirección: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Marque si la copia de correspondencia se necesita

Para la oficina solamente

Student I.D. No.: _____

Enrollment Date: _____

Graduation Year: _____

Teacher: _____

Fees Paid

Student Rights/Responsibilities Given

Si no se puede alcanzar al Padre/Guardián, el estudiante puede irse con:

Nombre Completo: _____

Teléfono: _____

Relación: _____

Nombre Completo: _____

Teléfono: _____

Relación: _____

Nombre Completo: _____

Teléfono: _____

Relación: _____

Nombre Completo: _____

Teléfono: _____

Relación: _____

El estudiante **no puede** irse con: **(si aplica)**

Nombre completo: _____

Nombre completo: _____