

La Escuela River / SODUS TWP # 5

HOJA DE INFORMACIÓN / Matriculación de alumnos

2018-2019

Profesor de grado _____

Fecha de inscripción ____ / ____ / ____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Hombre ____ Mujer
Mes día año Mes día año

Lugar de nacimiento _____
Ciudad y estado _____

Nombre del estudiante _____ Teléfono # _____
Último primero medio

Los estudiantes Dirección: _____

Nombre tutor (s): _____

Dirección: _____

Teléfono de casa #: _____

Hombre Guardián / Padre

Teléfono móvil # _____

Empleador: _____

Teléfono del trabajo #: _____

Mujer Guardián / Padre

Teléfono móvil # _____

empleador _____

Teléfono del trabajo # _____

Contacto de emergencia : (Por favor, una lista de alguien que no sea usted mismo)

Contacto Nombre: _____ Teléfono _____

Dirección: _____ civil: _____

Contacto Nombre: _____ Teléfono _____

Dirección: _____ civil: _____

Código étnico: Por favor marque todos los que correspondan: ____ (1) ____ Blanca no origen hispano / hispano (2) ____ Negro / no origen hispano (3) ____ las Islas del Pacífico Asiático o (4) ____ Amer. Indian / Alaska (5)

Es la lengua materna de su hijo un idioma distinto del Inglés? ____ Sí ____ No

Si es así, ¿qué idioma? _____

Es la lengua de uso en casa Inglés ____ Sí ____ No

Ultima Escuela que se atendió _____

Dirección _____ Ciudad / Estado / Código Postal _____

Escuela de teléfono () _____

Indicar los servicios especiales que su hijo recibió en la Escuela Anterior:

Discurso _____ Recuperación de Lectura Título I _____ Plan 504 ELS _____

Educación Especial _____ ¿Tiene la documentación actual de los servicios? Si no _____

Firma de los padres _____

Derechos y Ley de Privacidad

En cumplimiento de la Ley Federal "Derechos Educativos de la Familia y la Ley de Privacidad de 1974, Sección 99.34 que dice lo siguiente: Las escuelas pueden enviar a los estudiantes registro educativo a los funcionarios de otros sistemas escolares en los que el estudiante busca o intenta inscribirse, con la condición de que la los padres del estudiante serán notificados de la transferencia, recibir una copia del registro, si se desea y tener la oportunidad de disputar el contenido del registro. Afirmo que a medida que el padre / tutor legal, toda la información proporcionada es verdadera y exacta, y que mi hijo y yo resido en la dirección indicada anteriormente. Entiendo que cualquier información falsa proporcionada por mí, yo podría estar sujeto a sanciones legales por perjurio. Después de leer el Acta de Privacidad anteriormente, por favor, enviar los registros educativos para este estudiante ".

La Escuela River / SODUS TWP # 5

INFORMACIÓN MÉDICA ESTUDIANTE

Por favor marque todos los que apliquen:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> alergias | <input type="checkbox"/> ADD / ADHD | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón |
| <input type="checkbox"/> Animales * | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> Otros problemas del corazón * |
| <input type="checkbox"/> picadura de abeja* | <input type="checkbox"/> Dependiente de la insulina | <input type="checkbox"/> la hemofilia |
| <input type="checkbox"/> ambiental* | <input type="checkbox"/> la epilepsia | <input type="checkbox"/> Otros conitions conocidos * |
| <input type="checkbox"/> comida* | <input type="checkbox"/> fiebre de heno | <input type="checkbox"/> No conocida |
| <input type="checkbox"/> medicación* | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza | |
| <input type="checkbox"/> otro* | <input type="checkbox"/> personas con discapacidad auditiva | |
| <input type="checkbox"/> asma | | |

Comentarios adicionales

Limitaciones físicas: _____

Medicación

Afirmo, que a medida que el padre / tutor legal, toda la información proporcionada es verdadera y exacta. Entiendo que cualquier información falsa proporcionada por mí, podría estar sujeto a sanciones legales por perjurio. Además, autorizo a Río School./Sodus Twp. # 5 para compartir cualquier y toda la información antes mencionada con el personal apropiado de la escuela, con el fin de proporcionar un ambiente seguro y saludable para mi hijo.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Indicar cualquier medicamento que su hijo toma y la frecuencia con que se va a tomar.

Si ha de ser tomado en la escuela, por favor solicite un formulario de autorización.

Medicamentos: _____

Dosis: _____

Con qué frecuencia: _____

Con quien hace niño residen: Por favor marque uno:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ambos padres | <input type="checkbox"/> Padre / Madrastra |
| <input type="checkbox"/> único padre | <input type="checkbox"/> Madre / Padrastro |
| <input type="checkbox"/> única madre | <input type="checkbox"/> Guardián legal |
| <input type="checkbox"/> Corte dejó | <input type="checkbox"/> Relativo |
| <input type="checkbox"/> Casa cuna | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

NO liberar mi hijo a:

Nombre/Relación _____

Abordar si se sabe: _____

Comentarios: _____

Otros niños que residen en el hogar: _____ Paso Natural / media

Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

OFFICE USE ONLY Updated information ____ Student Number _____ Entry Date _____

Birth Certificate ___Y ___N Immunization Record ___Y ___N

Student Records Requested ____/____/____ Received ____/____/____

