



# Formulario de emergencia/registro de estudiantes del Distrito Escolar de Algoma

**Cuota de inscripción:** Por favor haga los cheques a nombre del Distrito Escolar de Algoma  K-8.º grado \$10  9.º –12.º grado \$50

Fecha de inicio del estudiante \_\_\_\_\_ Nivel de grado \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Circule uno: masculino o femenino

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_  
(Última, Último) (Primera, Primero)

¿Es usted propietario o alquila su propia casa?  Sí  No

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Última escuela a la que asistió: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la escuela) (Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Condado)

Número de teléfono principal: \_\_\_\_\_ Idioma principal además del inglés: \_\_\_\_\_

¿Su hijo requiere educación especial u otros servicios?  Sí  No

En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

**Etnicidad:**  Sí, hispano / latino  No, no hispano / latino

En caso afirmativo, seleccione:  declinar indicar,,  desconocido,  colombiano,  ecuatoriano,  guatemalteco,  mexicano,  puertorriqueño,  salvadoreño,  español,  otro \_\_\_\_\_

**Seleccione uno o más:**  Indio americano o nativo de Alaska 1) Afiliación tribal \_\_\_\_\_

2) Afiliación tribal \_\_\_\_\_ 3) Afiliación tribal \_\_\_\_\_),  Asiático,  afroamericano,

nativo de Hawái o de las islas del Pacífico,  blanco

Nombre y apellido de la madre: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del estudiante): \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Inicio/Celular \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del padre: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del estudiante): \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Inicio/Celular \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

**Tutor: padrastro, madrastra, otro (marque con un círculo el que corresponda)**

Nombre del tutor \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del estudiante): \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Inicio/Celular \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

¿Con quién reside este niño? \_\_\_\_\_ ¿Quién tiene la custodia? \_\_\_\_\_

¿Quién en la lista anterior debería recibir el correo escolar?

\_\_\_\_\_

**Indique otros niños que viven en el hogar, desde el nacimiento hasta los 19 años (indique la fecha de nacimiento, encierre en un círculo M o F)**

1 \_\_\_\_\_ fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ M F    3 \_\_\_\_\_ fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ M F  
2 \_\_\_\_\_ fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ M F    4 \_\_\_\_\_ fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ M F

**Contacto de emergencia/médico:** en una situación de EMERGENCIA en la que no podamos comunicarnos con usted en su casa o en el trabajo, indique las personas que han aceptado asumir la responsabilidad de su hijo.

Contacto #1 Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_

teléfono de casa o teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Contacto #2 Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_

teléfono de casa o teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Contacto #3 Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_

teléfono de casa o teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

**Alerta para tutores:** ¿Hay alguien que NO debería recoger a su hijo en la escuela?  Sí  No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor \_\_\_\_\_

**Liberación de tratamiento médico**

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Hospital preferido \_\_\_\_\_

Nombre del dentista \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Consideraciones médicas especiales/Texto de alerta médica \_\_\_\_\_

En caso de accidente o enfermedad grave solicito al colegio que se ponga en contacto conmigo. Si la escuela no puede comunicarse conmigo, por la presente autorizo a la escuela a tomar decisiones de atención de emergencia para mi hijo en su mejor interés a expensas de los padres/tutores. Tenga en cuenta que es posible que el hospital preferido no esté disponible.

Como padre/tutor, autorizo al personal médico a brindarle el tratamiento médico necesario a mi hijo y a entregar a la escuela las instalaciones médicas a las que mi hijo es transferido y/o admitido.

Doy mi permiso para compartir la información en el formulario de Registro/Información de Emergencia con el personal apropiado del Distrito Escolar de Algoma para promover la salud y seguridad de mi hijo, mejorando así su capacidad de aprender.

**Firma del Padre / Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Información del vehículo (solo escuela secundaria)**

número de licencia de coche \_\_\_\_\_ Hacer \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_

¿Vehículo asegurado?  Sí  No    Compañía de seguros \_\_\_\_\_