

A PLACE OF LEARNING REGISTRO

Solo Para la Oficina

Date Received: ____/____/____ Approved By: _____

Start Date: ____/____/____ Approved By: _____

2024-2025 Año de Escuela

Nombre del estudiante _____ Apellido _____

Sexo: Femenina/Masculino Edad: _____ Fecha de Nacimiento: __/__/____ Grado: _____

Escuela: _____ Numero del Salon: _____

Maestro/a Primer y Ultimo Nombre: _____

En que podemos ayudar a su nino? Matematicas _____ Lectura _____ Otro _____

Padres/Legitimo Guardian Informacion

Nombre _____ Apellido _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Nombre de Empleo _____ Ciudad _____

Telephono de la Casa (____) _____ Telephono del Trabajo (____) _____ Ext. ____

Telephono del Celular (____) _____ Email _____

Padres/Legitimo Guardian Informacion

Nombre _____ Apellido _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Nombre de Empleo _____ Ciudad _____

Telephono de la Casa (____) _____ Telephono del Trabajo (____) _____ Ext. ____

Telephono del Celular (____) _____ Email _____

La Persona a que llamar primero:

Nombre _____ Apellido _____

Contacto de Emergencia: Si no podemos contactar el padre/legitimo guardian en caso de un evento de mala salud o emergencia, por favor de poner *el minimo* de dos personas que podemos contactar y *mayores de 18* que pueden darnos mas informacion y que sean autorizados de recoger el estudiante.

Contacto de Emergencia	Autorizado de recoger	Nombre	Relacion con Estudiante	Telephono de la casa	Telephono del Trabajo/Celular
Yes/No	Yes/No			()	()
Yes/No	Yes/No			()	()
Yes/No	Yes/No			()	()

Hay algen que no esta autorizado de no recoger a su nino? Si ay algen por favor de hacer una lista (Necesitamos documentos en casos de custodia) _____

Informacion o instrucciones especial departe de su hijo/a: _____

Estamos abiertos Lunes-Viernes de 2:30 p.m. a las 5:30 p.m. Por Favor de chequar los dia(s) que puedan venire:

Lunes ____ hora _____ Martes ____ hora _____ Miercoles ____ hora _____
Jueves ____ hora _____ Viernes ____ hora _____