

Año Escuela 20__ 20__ Grado__ Salon__ Maestro/a__

Nombre__ Fecha de Nacimiento__ / __ / __

Dirección__ Teléfono # Casere__
Calle, Ciudad, Código Postal Beeper__
Celular__
Negocio__

Nombre del Padre/Guardian Nombre de la compañía donde trabaja Telefono

Nombre de la Madre/Guardian Nombre de la compañía donde trabaja Telefono

Medico para llamar en caso de emergencia Telefono

En caso de que nuestro niño/nina se enferme en la escuela y nosotros no podamos ser localizados, por la presente autorizamos a las siguientes personas para que le provean transportacion y cuiden a nuestro niño/nina:

Nombre Dirección (Calle, Ciudad, Código Postal) Telefono

Nombre Dirección (Calle, Ciudad, Código Postal) Telefono

Nombre Dirección (Calle, Ciudad, Código Postal) Telefono

(Termine por favor ambos lados) Firma de Padre O Guardian__
de Padre O Guardian

Controle por favor si esto se aplica a su niño:

[] A los padres o guardianes: Tenga la bondad de completar esta forma en ambos lados y devolverla a la Enfermera Escolar.

Favor de Completar: Historia Medical - Enfermedades, operaciones o heridas ocurridas durante los pasados doce (12) meses:

Fecha: _____

Inmunizaciones o Exámenes Medicos Durante los Pasados Doce (12) Meses:

Fecha: _____

Nombre de cualquier medicina que su niño/nina tiene que tomar regularmente: _____

Razon: _____

Condiciones especiales, enfermedades, o limitaciones de actividad: _____

Nombres de Hermanos y Hermanas

Apellido Nombre Edad Escuela a la que Asisten