



McHENRY ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT 15

Información del Alumno y Forma de Emergencia

Apellido Legal _____ Primer Nombre Legal _____ Segundo Nombre Legal _____ Nombre Preferido _____ Niño
 Niña

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono del Estudiante _____

Grado _____ Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____ Nombre de la Escuela _____

Información de Guardian de Padre

Nombre (Apellido, Primer Nombre)	Relación	Vive con el Estudiante	Otros Teléfonos	Teléfonos de Trabajo	Hora de Entrada al Trabajo	Hora de Salida del Trabajo	Luga de Empleo
		<input type="checkbox"/> *					
		<input type="checkbox"/> *					
		<input type="checkbox"/> *					
		<input type="checkbox"/> *					

*Si la persona no vive con el estudiante, favor de escribir al reverso la dirección y los teléfonos.

Correo electrónico - e-mail _____

Nombre de sus otros hijos en casa: Nombre _____ Fecha de Nacimiento - - _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento - - _____
 Nombre _____ Fecha de Nacimiento - - _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento - - _____

¿Hay alguna condición especial de salud? si no

Si, sí favor de explicar _____

Ultima Escuela que atendio el Estudiante _____ Fecha de entrada _____ Domicilio de la Escuela (si no es parte del Distrito 15) _____ Teléfono _____

Grupo Racial o Etnico del Estudiante Blanco/Caucasiano Negro/Afro-Americano Hispano Asiático Indio Americano Otro: _____

¿Habla en casa otro idioma además del Inglés? Si No Si habla otro idioma, ¿cuál es? _____

¿Habla y Entiende el estudiantel un otro idioma ademas del Inglés? Si No Si lo habla y entiende ¿cual es? _____

Información en Caso de Emergencia

Nombre (Apellido, Primer Nombre)	Relación	Vive con el estudiante	Otros Teléfonos	Teláfonos de Trabajo	Domicilio
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			

Si la administración decide que es necesario el que su hijo(a) sea atendido de inmediato en un hospital el/ella será transportado mediante una ambulancia al hospital mas cercano.

Firma de los Padres/Guardian/Tutor _____

Fecha _____

Doy permiso para que entrevisten , tomen fotos o video a mí hijo(a) con propósitos escolares, entrenamiento de personal, y transmisiones de medios de comunicación.

No doy permiso para que entrevisten , tomen fotos o video de mí hijo(a) para que sean publicados o utilizadosde ninguna manera.