

21st Century Community Programa de Después de Escuela

The Dearborn Academy
 Inkster Prep Academy

West Village Academy
 Escuela Avancemos

2019/2020

Registration ---Hoja de Emergencia

Nombre de Estudiante: _____ Grado _____
 (Apellido) (Nombre)

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal: _____

Masculino Femenino Idioma que se habla en casa _____ Fecha de nacimiento _____

Hermanos _____ Grade _____ Hermanos _____ Grado _____
 (Apellido) (Nombre) (Apellido) (Nombre)

Fecha de nacimiento _____ Fecha de nacimiento _____

Raza/ Etnidad Blanco AfroAmericano/Negro Asiatico Hispano o Latino Otro _____
 Nativo de Hawaii o Islas Pacificas Indio Americano o nativo de Alaska Medio Oriente

Programa de Educacion para el cual aplica Bilingue ESL/ LEP Educacion Especial Título 1 Sección 504
 Medico Sección 31a Otros "en riesgo" No se realiza a nivel de grado

Información del tutor

Madre o Guardian				Padre o Guardian							
Días que el niño reside con la madre:(circulo) L M M J V				Días que el niño reside con la padre:(circulo) L M M J V							
Relación Biológico / Adoptado Padre Adoptivo				Relación: Biológico / Adoptado Padre Adoptivo							
Tutor Legal Padrastro Abuelos				Tutor Legal Padrastro Abuelos							
Dirección _____				Dirección _____							
Ciudad _____ Código Postal _____				Ciudad _____ Código Postal _____							
Telefona de casa: _____				Telefona de casa: _____							
Celular: _____				Celular: _____							
Telefono del trabajo _____				Telefono del trabajo _____							
Occupacion _____				Occupacion _____							
Empleo _____				Empleo: _____							
Dirección del empleo: _____				Dirección del empleo: _____							
Empleo Tiempo completo		Medio Tiempo		No trabaja		Empleo Tiempo completo		Medio Tiempo		No trabaja	
Discapitado		Retirado				Discapitado		Retirado			
El más alto nivel de educación				El más alto nivel de educación							
Menos que preparatoria		Comercio		Menos que preparatoria		Comercio					
BA/BS PHD JD MD		Diploma/ GEE Asociado MA		BA/BS PHD JD MD		Diploma/ GEE Asociado MA					
¿Considera que su familia no tiene hogar? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>											

Contacto de emergencia: ¿Quién asumirá el cuidado temporal de su hijo si usted no puede ser localizado?

Nombre _____ Relacion _____ Telefono: _____

Direccion: _____

Nombre _____ Relacion _____ Telefono: _____

Direccion: _____

Nombre _____ Relacion _____ Telefono: _____

Direccion: _____

NO LIBERE A MI ESTUDIANTE A:

Documentacion Legal Entregada

Nombre del doctor _____

Telefono de la oficina: _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Mi hijo goza de buena salud sin restricciones físicas Si No

¿Tiene su hijo algún problema de salud o alergia? Si No En caso afirmativo, explico _____

Lista de Medicaciones: _____

Enumere cualquier restricción física: _____

Comentarios adicionales que debemos saber

Información de aseguranza

Nombre de Compania de aseguranza _____ Numero de póliza _____

Hospital de preferencia _____

Comprensión de la escuela / padres

* Doy permiso al programa 21° CCLC para asegurar la ayuda médica de emergencia para los menores mencionados anteriormente mientras están bajo cuidado.

* Estoy de acuerdo en seguir todas las políticas y procedimientos del Programa 21° CCLC como se describe en el Manual de Políticas y Procedimientos.

Mi hijo tiene permiso para irse caminando

Si

No

Firma del padre / tutor _____

Fecha _____

Solo para uso de oficina

Aceptado en la programa Si _____ No: Razon _____

Cuota de inscripcion cobrada: _____ s _____