

Escuela

Yadkin County Schools
Hoja de Información de los Estudiantes
Año Escolar: _____

Profesor

Los Estudiantes Saldarán a las personas en esta hoja solamente. Esta información es muy importante en el caso de que su hijo se enferma o se lesiona en la escuela. Si esta información cambiar durante el año escolar notifique a la escuela tan pronto como sea posible.

ESTUDIANTE _____ Fecha de Nacimiento _____ M _____ F _____
Nombres Apellido
911 Dirección del Hogar _____ Apartado de correos _____
Ciudad, estado, código postal _____
Teléfono de casa _____ Célula del Padre _____ Célula del Madre _____
Dirección de correo electrónico para padre _____ Dirección de correo electrónico para estudiante _____

La ley federal exige que ambas preguntas se contestarán sobre El origen étnico y la raza de cada estudiante. Las preguntas pueden ser tratados a CAROLINA DEL NORTE DEL DEPARTAMENTO DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA DE LA PÁGINA WEB: http://dpi.state.nc.us/data/management/raceethnicity/faqs

Etnico: _____ Hispanos _____ No Hispano / Latino
Raza: _____ Blanca _____ Negro _____ Los indios americanos / nativos de Alaska _____ de Asia _____ Nativo de Hawai y el Pacífico
Idioma: _____ English Inglés _____ Español _____ Otros, por favor escriba: _____

El estudiante vive con (Circule uno): Ambos padres Sólo la Madre Sólo el Padre Madre / Padrastro Padre / Madrastra Abuelos Tutor

Custodia de documentos (Circula uno): SI NO * Si marcó "si", por favor provea una copia a la escuela.

PADRE _____
Dirección (si es diferente del niño) _____
Empleador _____ Teléfono de trabajo _____
Padrastra _____
Empleador _____ Teléfono de trabajo _____
Abuelo(s) _____
Empleador _____ Teléfono de trabajo _____

MADRE _____
Dirección (si es diferente del niño) _____
Empleador _____ Teléfono de trabajo _____
Madrastra _____
Empleador _____ Teléfono de trabajo _____
The Guardian(s) _____
Empleador _____ Teléfono de trabajo _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA: Indique tres familiares / amigos / vecinos que tienen permiso para recoger, asumir la responsabilidad y el cuidado temporal de su hijo en el caso de que él / ella se enferma y no puede ser alcanzado. List others on the back of sheet if necessary. Lista de los demás en la parte posterior de la hoja si es necesario.

Nombre _____ Teléfono de la casa _____ Teléfono celular _____ Relación _____
Nombre _____ Teléfono de la casa _____ Teléfono celular _____ Relación _____
Nombre _____ Teléfono de la casa _____ Teléfono celular _____ Relación _____

Por favor lista de otros niños en la familia: (más espacio al reverso de la hoja si es necesario.)

Nombre _____ Edad _____ Grado _____ ¿Cuál escuela asiste? _____
Nombre _____ Edad _____ Grado _____ ¿Cuál escuela asiste? _____
Nombre _____ Edad _____ Grado _____ ¿Cuál escuela asiste? _____

Nombre del Médico _____ Número de teléfono _____ Insurance Co. _____ Política No. _____

¿SU NIÑO tiene necesidades médicas especiales? _____

¿SU NIÑO TIENE ALERGIA? (Marque con un círculo): SI NO En caso afirmativo, indique: _____
por ejemplo: Las picaduras de la abeja, la droga, los cacahuetes

Bus # _____ AM _____ PM _____ Jinete de coches _____ El permiso para caminar _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Uso de la Oficina / nueva inscripción: