

**REACH FORMULARIO DE REGISTRO DEL PROGRAMA**  
(POR FAVOR USE SOLO TINTA AZUL O NEGRA)

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Maestro de aula \_\_\_\_\_

Padre (s) / Tutor (es) \_\_\_\_\_

Enumere todos los números de emergencia de los guardianes enumerados anteriormente:

Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ célula \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_

Enumere todos los números de emergencia para el contacto mencionado anteriormente:

Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ célula \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_

Enumere todos los números de emergencia para el contacto mencionado anteriormente

Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ célula \_\_\_\_\_

¿Era el estudiante nuevo en el distrito escolar este año escolar? \_\_\_\_ sí \_\_\_\_ No

¿Tiene su hijo un Plan de educación individualizado (IEP)? \_\_\_\_ sí \_\_\_\_ No

¿Cuál es el idioma principal que se habla en casa? \_\_\_\_\_

Alergias (explique alergia y reacción) \_\_\_\_\_

Por favor explique en detalle cualquier condición médica que necesitemos saber sobre:

¿Su hijo tiene asma? \_\_\_\_ sí \_\_\_\_ No

En caso afirmativo, ¿requiere su hijo un inhalador? \_\_\_\_ sí \_\_\_\_ No

Por favor también enumere:

\_\_\_\_\_  
Médico de atención primaria

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

¿Da permiso al Programa REACH para obtener servicios médicos de emergencia para su hijo en caso de que no pueda ser contactado? \_\_\_\_ sí \_\_\_\_ No

¿Da permiso para que su hijo sea fotografiado en el programa con el entendimiento de que estas fotos pueden usarse en informes del programa o con fines promocionales (tablones de anuncios, periódicos, sitio web del distrito, etc.)? \_\_\_\_ sí \_\_\_\_ No

***Al firmar y enviar esta solicitud, verifica que ha leído la Política de asistencia del programa REACH y acepta cumplir con los requisitos de asistencia del programa.***

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha