

Distrito Consolidado Escolar 26 de la Comunidad de Cary
2009- 2010 REGISTRO E INFORMACION DE EMERGENCIA

INFORMACION DE ESTUDIANTE

Nombre LEGAL	Segundo Nombre	Apellido LEGAL	Sexo	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela
Calle		Ciudad	Estado	Código Postal	Subdivisión	Teléfono

Usted tiene acceso al "Internet" que se puede usar para mirar documentos de la Escuela/Distrito?

SI NO

INFORMACION SOBRE LOS PADRES O TUTORES

Padre	_____	Padrastra	_____
Dirección	_____	Dirección	_____
Ciudad, Estado, Código postal	_____	Ciudad, Estado, Código postal	_____
Teléfono de Casa	_____	Teléfono de Casa	_____
Empleador	_____	Empleador	_____
Teléfono de Trabajo	_____	Teléfono de Trabajo	_____
Teléfono celular	_____	Teléfono celular	_____
Email	_____	Email	_____
Madre	_____	Madrastra	_____
Dirección	_____	Dirección	_____
Ciudad, Estado, Código postal	_____	Ciudad, Estado, Código postal	_____
Teléfono de Casa	_____	Teléfono de Casa	_____
Teléfono de Trabajo	_____	Teléfono de Trabajo	_____
Teléfono celular	_____	Teléfono celular	_____
Email	_____	Email	_____

Custodia Legal Ambos Padres Solamente la madre Solamente la padre Otro _____

El niño vive con Ambos Padres Solamente la madre Solamente la padre Otro _____

INFORMACION DE EMERGENCIA

Cada intento posible se tratara para contactar a los padres or guardianes legales en caso de emergencia, en caso de que no se puede contactar, por favor apunte contactos alternativos debajo.

Contacto de Emergencia	Relación	Teléfono
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
Nombre de Medico _____		Teléfono _____
Nombre de Dentista _____		Teléfono _____
Apunte cualquier problema medica _____		
Medicamentos _____		Alergia _____
Instrucción Especial _____		
Idioma hablado en casa, además de Ingles _____		

Anote sus otros hijos que también estarán en las escuelas del Distrito 26

Nombre LEGAL	Grado	Escuela	Nombre	Grado	Escuela

En caso de emergencia por enfermedad o accidente, y si no pueden localizarnos, autorizamos a la escuela para que atiendan a nuestro hijo. Y para transportarlo a un hospital o Centro Médico en caso necesario.

Firma del Padre o Tutol Legal _____ **Fecha** _____