

Grado _____

Salón de Clase _____ Número del Estudiante: _____
SSN: _____

Información de Emergencia: (Se requiere esta
identificación para sacar al estudiante)

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Estudiante: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Estado Civil de los Padres: Casados Divorciados Otro
Nombre de la Madre: _____ Madre Legítima Madre en Custodia
Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Trabajo: _____ Horas de Trabajo _____ Teléfono del Trabajo _____
Teléfono de la Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Nombre del Padre: _____ Padre Legítimo Padre en Custodia
Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Trabajo: _____ Horas de Trabajo _____ Teléfono del Trabajo _____
Teléfono de la Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Contacto 1 – Nombre Completo: _____ Relación: _____
Teléfono de la Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

Contacto 2 – Nombre Completo: _____ Relación: _____
Teléfono de la Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

Contacto 3 – Nombre Completo: _____ Relación: _____
Teléfono de la Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

Tiene problemas médicos? Si No Si tiene problemas médicos, por favor explíquelo _____

El estudiante tiene alergias a drogas o medicamentos? Si No Si tiene alergias, por favor explíquelo _____

El estudiante requiere alguna medicina mientras se encuentra en la escuela? Si No De ser así por favor complete la Forma Médica de Autorización.

Doctor Regular _____ Número del Teléfono _____

Yo autorizo que mi hijo sea tratado por la clínica, la enfermera o que le den los primeros auxilios en la escuela. Si mi hijo se llega a enfermar o llega a tener un accidente durante el tiempo que se encuentre a cargo del Sistema Escolar del Condado de Coweta, tengo entendido que ustedes harán todo el esfuerzo para contactarme inmediatamente. De no estar presente, yo autorizo un tratamiento médico apropiado. También, yo estoy de acuerdo en ser responsable por cualquier deuda monetaria que se tenga.

Por favor seleccione su preferencia donde quiere que su hijo sea tratado médicamente si fuese necesario.
 Piedmont Newnan Hospital Piedmont Fayette Hospital

Nombre del Padre/Guardian (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

Firma del Padre/Guardian

Fecha _____