



Formulario de Inscripción del Distrito de Preparatorias de Merced Union

Uso escolar: AERIES # Perm. # Grado Año: Programas: EL Intercambio extranjero Educ. Especial

El Distrito de Preparatorias de Merced Union no discrimina en términos de raza, color, sexo, religión, nacionalidad ni condición ciudadana o migratoria.

INFORMACIÓN DEL ALUMNO:				
Apellido - Legal	Primer nombre - Legal	Segundo nombre:	Sufijo (Jr. II, III)	
Sexo:	Grado:	Fecha de nacimiento:		
Escuela previa del alumno:				
Nombre:	Ciudad:	Número de teléfono:		
Esta escuela es: Regular Alternativa De continuación Semiautónoma/Privada				
Domicilio postal del alumno (Principal): Encierre una opción: Madre o Padre		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Domicilio residencial del alumno (si es diferente): Encierre una opción: Madre o Padre		Ciudad:	Estado:	Código postal:
INFORMACIÓN DE LA MADRE:				
Madre/Tutor:			Vive con el alumno: Sí No 50/50 (mixto)	
Educación de la madre: Preparatoria incompleta Graduada de preparatoria Universidad incompleta Graduada de la universidad Posgrado Desconocido/No contestó			Problemas de custodia: Sí No Si es afirmativo, presente documentación.	
Teléfono de la casa:	Teléfono móvil de la madre:	Teléfono laboral de la madre:	Dirección de correo electrónico de la madre:	
INFORMACIÓN DEL PADRE:				
Padre/Tutor:			Vive con el alumno: Sí No 50/50 (mixto)	
Educación del padre: Preparatoria incompleta Graduada de preparatoria Universidad incompleta Graduada de la universidad Posgrado Desconocido/No contestó			Problemas en la custodia: Sí No Si es afirmativo, presente documentación.	
Teléfono de la casa:	Teléfono móvil del padre:	Teléfono laboral del padre:	Dirección de correo electrónico del padre:	
INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA				
Si su hijo/a se enferma o lastima en la escuela y no podemos comunicarnos con usted, utilizaremos un contacto de emergencia (familiar/amigo/vecino) para asistir a su hijo/a. Ellos serán las únicas personas autorizadas para retirar a su hijo/a de la escuela por cualquier motivo, a menos que la oficina reciba una autorización por escrito. Incluya más de un contacto de emergencia.				
Contacto de emergencia N.º 1	Relación con el alumno	Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Teléfono móvil
Contacto de emergencia N.º 2	Relación con el alumno	Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Teléfono móvil
Contacto de emergencia N.º 3	Relación con el alumno	Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Teléfono móvil
INFORMACIÓN MÉDICA				
¿El alumno padece algún problema de salud crónico ?		Sí No		
En caso afirmativo, marcar los que corresponden para su hijo:				
Asma (lleva inhalador)	TDA/TDAH	Diabetes	Convulsiones	Sangrado nasal
Oído (audífono)	Ojo (anteojos)	Anafilaxia (picadura de abeja grave/ alergia a los alimentos)		
Alergias (polvo/polen)		Alergias a los alimentos (Indicar):		
¿El alumno toma medicamentos recetados de manera <u>regular</u> ?		Sí No En caso afirmativo, indicar:		
¿El alumno es alérgico a algún medicamento?		Sí No En caso afirmativo, indicar:		
La legislación estatal autoriza a los funcionarios escolares a acordar un tratamiento de emergencia adecuado con un médico u hospital cuando un alumno está enfermo o se lastima, a menos que un padre o tutor presente una objeción por escrito ante el distrito escolar para recibir un tratamiento médico determinado además de los primeros auxilios. (Código de Educ., Sec. 11902.1). Si ocurre una emergencia, se hará lo posible para comunicarse con usted, si las circunstancias lo permiten.				

He leído lo indicado anteriormente y autorizo a que dicho tratamiento de emergencia sea realizado por un médico u hospital, según se considere apropiado, en el caso de que mi hijo se enferme o lastime en la escuela o en cualquier actividad patrocinada de la escuela dentro o fuera de las instalaciones escolares.

Firma del Padre/Madre/Tutor _____

Fecha _____