

**Distrito Escolar Independiente De New Braunfels  
Escuela De Verano 2018**

Nada mas para uso de oficina

Session \_\_\_\_\_

Bus \_\_\_\_\_

**Inscripción y Información de Emergencia**

Número de SS o ID de Estudiante \_\_\_\_\_ Niño /Niña \_\_\_\_\_  
Escuela de 2017/18 \_\_\_\_\_ Grado en 2018/19 \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de Alumno \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Empleado por \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_ Empleado por \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Es necesario que la escuela tenga un número de teléfono donde se pueda comunicar con usted en caso de emergencia.**

**Nombre de dos vecinos o familiares que puedan recoger a su hijo(a) si no podemos comunicarnos con usted.**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Nombre de médico familiar a quien se puede comunicarse en caso de emergencia se no se puede comunicarse con usted.**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de hospital que su médico usa \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia su hijo/(a) se llevara al hospital del condado solamente SI (1) la familia no tiene un médico familiar o (2) en caso de no poder comunicarnos con usted o su médico.**

¿Tiene su hijo(a) alergias?    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso de que si, anote las alergias: \_\_\_\_\_

Favor de anotar cualquier otra información que pueda ser útil en el cuidado de su hijo(a), como una enfermedad crónica, cuidado especial, etc.

**Los padres no deben mandar medicina a la escuela con su hijo(a). Si su hijo(a) necesita tomar medicamento durante las horas de la escuela, tiene que haber arreglos de antemano con la directora de la escuela de verano. Si hay algún cambio de dirección, número de teléfono, lugar de empleo o de niñera, o guardería favor de avisar a la escuela de inmediato.**

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_