



FORMA DE REGISTRO ESTUDIANTIL – AÑO ESCOLAR 2014-15



Programa: Calvin Coolidge Alumni Association Inc.

Lugar: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_

DCPS ID # Estudiantil: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Los últimos Cuatro Numero del Social Securtidad # \_\_\_\_\_ Numero del D.C. One Card # \_\_\_\_\_

Género del Estudiante: \_\_\_\_\_ Lenguaje en Casa: \_\_\_\_\_ Raza/ Origen Étnico: \_\_\_\_\_

Escuela Corriente: \_\_\_\_\_ Grado Corriente: \_\_\_\_\_

Apellido del Padre: \_\_\_\_\_ Primer Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Dirección del Padre (si es diferente del niño) \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Adulto(s) autorizado a recoger a su niño del programa: \_\_\_\_\_

Escriba todas las necesidades de salud mental, física, o médica de su niño que requieren atención especial:

\_\_\_\_\_

Escriba los medicamentos que su niño toma con regularidad: \_\_\_\_\_

Escriba todas las alergias de comida: \_\_\_\_\_

¿Da permiso que su niño reciba asistencia médica en caso de una emergencia? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE PADRE/GUARDIAN**

Por este medio doy permiso para que mi niño participe en todas las actividades conducidas por el programa, incluso actividades educativas en el sitio local, actividades de artes visuales en el sitio (escolar) local, viajes de estudios a artes y actividades educativas lejos del sitio (escolar) local, y actividades de deportes conducidas en el Instalaciones del Departamento de Parques y Recreo y/o DCPS. Adelante concedo permiso para que mi niño: 1) pueda aparecer en persona o en voz, presentación de vídeo o fotográfica para radio no comercial, televisión, medios publicación o Internet, un informe y/o campaña(s) de medios que resulta de la participación en este programa y sus actividades, 2) completar encuestas confidenciales o anónimas, y 3) participar en entrevistas para objetivos de evaluación. **Entiendo que si mi niño no es recogido del sitio local por las \_\_\_\_ PM, él/ella puede ser tomado a la Oficina de los Servicios se Familia y Niños/ Protección de Menores/ Servicios de Emergencias de Familias localizados en el 400 Sixth Street, SW (202) 671-SAFE.**

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Relación al Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

