

Magnet Kingdom 14-15

Manager: Adriana DeGrafft
 1 Bulkeley Place New London, CT 06320
 (860) 437-7775 ext. 7340
 adegraft@rmms.k12.ct.us

Formulario de Inscripción

Información de Estudiante

(Elija todas las necesarias)

Apellido: _____ Primero Nombre: _____

Direcciones: _____

Sexo: _____ Grado en 14-15: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Maestro(a) _____ Doctor: _____

Idioma Principal: *(Elija)* _____
 _ Inglés _ Espanol _ Otro: _____

Almuerzo: *(Elija)* _____
 _ Precio Gratis _ Precio Reducido
 _ Precio sin descuento

¿Otros Estudiantes en la escuela? *(Elija)* _____
 _ Si _ No Nombre: _____

¿Educación Especial? *(Elija)* _____
 _ Si _ No

Grupo Etnico *(Elija)* _____
 _ Africano Americano _ Asiatico _ Caucasiano
 _ Nativo Americano _ Hispano _ Otro: _____

Vive con *(Elija)* _____
 _ Madre _ Padre _ Otro: _____

Necesidades Especiales

Ejemplos: alergias, medicamentos, dieta

Por favor marcar el programa y los días que van a necesitar.	V			
	J			
	M			
	M			
	L			
		Antes de la Escuela (6:45-8:30)	Después de la Escuela (3:15-6:00)	

Información del Guardian

Liste todos los encargados con la custodia legal.

(1) Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Núm. de Teléfono (1): _____

Relación: _____ Correo Electrónico: _____ Núm. de Teléfono (2): _____

Direcciones: _____

(2) Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Núm. de Teléfono (1): _____

Relación: _____ Correo Electrónico: _____ Núm. de Teléfono (2): _____

Direcciones: _____

Contacto de Emergencia

Individuos que estan autorizados para recoger al niño(a)

(1) Nombre: _____ Núm. de Teléfono (1): _____ Núm. de Teléfono (2): _____

Direcciones: _____ Relación: _____

(2) Nombre: _____ Núm. de Teléfono (1): _____ Núm. de Teléfono (2): _____

Direcciones: _____ Relación: _____

(3) Nombre: _____ Núm. de Teléfono (1): _____ Núm. de Teléfono (2): _____

Direcciones: _____ Relación: _____

Restricciones Legales

Anote a las personas que no pueden ver y no se les permite recoger al estudiante

(1) _____ (2) _____ (3): _____

Firma de Guardian

Por este medio doy consentimiento para que los niños arriba mencionados participen en las actividades de Magnet Kingdom. Comprendo que las actividades pudieran incluir eventos en ubicaciones fuera del edificio, ayuda académica, continuación de educación y programas recreativos. Si surge una emergencia médica, el personal del programa tomara todos los pasos necesarios para asegurar el bienestar de los participantes y llamará, si es necesario, a un vehículo de emergencia pública para transportar a la sala de emergencia. Entiendo que seré responsable por cualquier costo de transportación y gastos médicos.

Por este medio certifico que he leído y entiendo la información arriba contenida, y que he leído y entiendo la información en la Guía del Programa:

Firma de Guardian: _____ Fecha: _____