

¿Su hijo tiene algún problema de salud inusuales: \_\_\_No \_\_\_Si (En caso afirmativo, explique)

¿Su hijo tiene alguna alergia? \_\_\_No \_\_\_Si (En caso afirmativo, enumere todos y sea específico):

Si se requiere su hijo que tome medicamentos en la escuela, tenemos que tener los formularios correspondientes cumplimentados por su médico. Por favor, pregunte al personal de la oficina por el formulario. **A ningún niño se le dará medicamento en la escuela sin forma del médico.** Esto incluye la prescripción y medicamentos de venta libre.

Por favor inicie después de leer la declaración anterior: \_\_\_\_\_

Con el fin de identificar las condiciones de vida de los estudiantes por favor complete la siguiente pregunta: ¿Dónde su hijo pasa la noche? (Por favor marque uno)

\_\_\_ / Casa propia o alquilada por el padre (s) / tutor (s) \_\_\_ Con un pariente o amigo (familia no tiene una residencia) \_\_\_ En un refugio \_\_\_ En Un motel \_\_\_ En un automóvil \_\_\_ Una vivienda \_\_\_ Una casa que es insuficiente (es decir, sin electricidad, agua corriente, etc.)

Estudiante es un dependiente militar? Sí / No (círculo) Nombre de los padres en el militar \_\_\_\_\_

Estudiante es una Reserva Nacional dependiente? Sí / No (círculo) Nombre de los padres en el Reserva \_\_\_\_\_

Depende el estudiante de la Guardia Nacional? Sí / No (círculo) Nombre de los padres en la Guarda \_\_\_\_\_

Es el niño en carro: \_\_\_\_\_ Peaton: \_\_\_\_\_ Pasajero de Autobus: \_\_\_\_\_ Número de autobuses: \_\_\_\_\_

Si alguien que no sea los padres transporta a su hijo a la escuela, por favor escriba:

A.M. Nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

P.M. Nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

CASTIGO CORPORAL: Doy permiso para que mi hijo reciba una palmada en sus asentoderas. (No se aplicará a Pre-K)

\_\_\_ Si, Doy mi permiso \_\_\_ No, doy mi permiso

EXCURSIONES: En el transcurso del año, su hijo puede tener la oportunidad de participar en excursiones educativas que requieren a su hijo el salir de la escuela. ¿Su hijo puede participar? Por favor marque a continuación:

\_\_\_ Si, Doy mi permiso \_\_\_ No, doy mi permiso

PRUEBAS DE SALUD: Doy permiso a mi hijo de participar en exámenes de salud gratuitos.

Por favor, escriba (sí o no) en cada uno de los siguientes exámenes de salud gratuitos para su hijo:

Al oír \_\_\_ Altura / Peso \_\_\_ Visión de la presión arterial \_\_\_

Si su hijo sera inscrito en clases especiales, por favor indicar a continuación. (Algunos ejemplos serían el habla, recursos, habilidades para la vida, etc.)

Los nombres de los hermanos y hermanas en otras escuelas del condado de Cheatham:

Nombre \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

En el caso de una enfermedad / lesión y que no pueda ser localizado o no puedo responder en el momento de la emergencia, 911 serán contactados:

Preferencia Hospital: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ teléfono del médico: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ dentista Teléfono: \_\_\_\_\_

(Legal Firma del tutor)

(Fecha)