

Persona Encargada

(Si usted no es padre/madre del estudiante y tiene la custodia, llene este espacio, de lo contrario **NO**)

Nombre: _____ Parentesco: _____

Email: _____ Teléfono: () _____ - _____

Lugar de trabajo: Nombre de la compañía Posición: _____

Pueblo: _____ Teléfono del trabajo: () _____ - _____

Emergencia

Personas de contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Información de Salud

Medico de Preferencia: _____ Teléfono: () _____ - _____

Hospital de Preferencia: _____ Teléfono: () _____ - _____

¿Tiene el estudiante historial de alguna condición que requiere cuidado especial? Si No

Diabetes Específico de Aprendizaje Asma Problemas Cardiacos

Hipoglicemia Hiperactivo Condición de la Piel Dieta Especial

Alergias ADHA Condición Física Condición Auditiva

Cuidado especial requerido: _____

Proveedor de Plan Médico del Estudiante: _____ #Contrato: _____

Intereses

Club Danza Club de Ciencia Soccer Asignaciones Supervisada

Club Música Baloncesto Soft Ball Otros:

Club de Baile Volley Ball Tutorías

Mencione el nombre de todos los que viven en la misma casa (No incluya al estudiante en cuestión)

Nombre	Relación	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

CERTIFICACIÓN DE LOS PADRES O ENCARGADOS

Certifico que toda la información previamente provista es veraz y completa, que de encontrarse alguna información falsa, mi hijo(a) podría ser expulsado(a) de The Kingdom Christian Academy of Río Grande. Certifico además haber leído esta solicitud en todas sus partes y estar de acuerdo con la misma. Me comprometo a cumplir con todas las normas y reglamentos presentados en la misma.

Firma del Padre o Encargado

Fecha