

2020-2021

CCS Formulario de Información Anual

(Favor completar una por cada estudiante, escribir legible, completar cada línea, si no aplica indique N/A)

Forma de Autorización Médica de Emergencia

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ EDAD:: _____ GRADO: _____

Numero de tel. Del Estudiante: _____

ACTIVIDAD: (Poner una X a cada una que aplique)

- Baloncesto Softbol Lucha FBLA HS Quiz Bowl Teatro Futbol Americano
- Atletismo Carrera FCCLA Periodismo Discurso Golf Voleibol
- Porrista FFA Musica

CONTACTO DE EMERGENCIA:

***PADRE(S) O GUARDIAN(S):**

Nombre : _____ Nombre: _____
 Cell: _____ Trabajo: _____ Cell: _____ Trabajo: _____
 Dirección: _____ Dirección: _____
 e-mail: _____ e-mail: _____

CONTACTO FUERA DEL HOGAR(Debe coincidir con el contacto del I.C)

Nombre: _____ Relación con el Estudiante: _____
 Cell: _____ Trabajo: _____

***COMPANIA DE SEGURO:** _____ ***NUMERO DE POLIZA:** _____

Si usted NO tiene seguro, tenga en cuenta que la escuela no provee seguro de accidentes, sin embargo el distrito ofrece seguro suplementario/Seguro de accidentes comenzando a \$16/año durante el tiempo escolar (no deportes) a estudiantes de K-12. Favor referirse a chasecountyschools.org/Parent/Forms&Docs/supplementstudentinsurance , para mas informacion.

____ Nosotros, firmando debajo, nos gustaría registrarnos con el Seguro Suplementario, ver la forma de inscripción. Formas de inscripción seran enviados con los estudiantes de K-4, 5-12 estarán disponibles en la oficina.

____ Nosotros, firmando debajo, NO debemos registrarnos con el Seguro Suplementario, y creemos tener el seguro adecuado para nuestro(a) hijo(a).

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ # DE TEL.: _____

Alergias Conocidas? _____ Si, favor liste : _____

Tiene algunas de las siguientes condiciones médicas?

- Asma Lesión de Riñón Diabetes Epilepsia Problemas del Corazón
- Otra (especifique porfavor) _____

Toma algún medicamento actualmente? _____ Si, favor liste: _____

Usa alguno de los siguientes?

- Anteojos Lentes de Contacto Aparatos dentales de algún tipo
- Otro (especifique porfavor) _____

En caso de no encontrar el ya mencionado, le damos autorización y poder previo a otro médico o dentista competente para atender y transportar a el hospital más cercano a mi hijo(a) . También entendemos que se hará el mejor esfuerzo de contactar a los padres/guardianes previo a tomar cualquier decisión sobre el tratamiento al paciente, más el tratamiento no será detenido al no tener respuesta de los padre/guardián. Este permiso también incluye a la escuela, entrenador, o personal encargado para proveer cuidado previo a la admisión a la facilidad médica.

REQUERIDO - FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN

Permiso de Transporte

Coloque una X debajo y complete, si corresponde:

Mi hijo(s) tomara o tal vez tome (encierre uno) la **RUTA DE LA CIUDAD**

Mi hijo(s) tomara o tal vez tome (circule uno) la **RUTA RURAL** (el # de la ruta será asignada por transporte)

Sus nombres y grados son: _____

Sí, el conductor del autobús tiene permiso para dejar a mi(s) hijo(s) cuando nadie está en casa, esto pertenece solamente para los grados de K - 5.

No, el conductor del autobús no tiene mi permiso para dejar a mi hijo(s) cuando nadie está en casa.

MI hijo(a) tal vez conduzca a la escuela en un auto con placas # _____, _____, _____

Manual Atlético - si es aplicable

(Para más detalles ir a www.chasecountyschools.org)

Coloque una X en uno de los siguientes:

Me doy cuenta de que es mi responsabilidad leer el manual atlético en el sitio web de la escuela y cumplir con las reglas y regulaciones establecidas o Yo prefiero una copia en papel del manual.

Manual de Padres y Estudiantes

(Para más detalles visite www.chasecountyschools.org)

Coloque una X en una de las siguientes: Revisaré el manual en Internet o Prefiero una Copia en papel del manual.

Permiso de Los Padres Para Viajes

Yo, el padre/guardián otorgo permiso para que mi hijo participe en todas las Excursiones relacionadas con la Escuela para el año escolar . Detalles sobre los paseos serán enviados a casa con tiempo.

Coloque una X en uno de los siguientes:

SI, Yo doy permiso o NO doy permiso

Permiso para los Medios de Comunicación

(Para obtener más detalles visite www.chasecountyschools.org)

Ponga una X en uno de los siguientes: DOY permiso o NIEGO mi Permiso a CCS para que publique la fotografía de mi hijo/a en cualquiera de las producciones en Imperial basadas en medios.

K-12 Acuerdo del Uso de la Computadora

(Para más detalles ir a www.chasecountyschools.org)

Ponga una X en la línea correspondiente:

Yo, el Padre / Tutor, he revisado los términos y condiciones del equipo de la computadora y acceso a la red adoptado por el Distrito por por la página de la escuela en internet. Como padre/tutor, doy permiso para que mi hijo/a tenga acceso a la red, incluyendo e-mail e Internet o I, prefiera una copia en papel.

Yo, el Estudiante, estoy de acuerdo en seguir los términos y condiciones de el equipo de la computadora y acceso a la red adoptados por el Distrito.

**** Nuestras firmas abajo indican nuestra comprensión de todo lo anterior, me pondré en contacto con la escuela para más información si no está claro cualquier cosa indicada arriba. ****

REQUERIDO - FIRMA DEL PADRE / TUTOR

REQUERIDO - FIRMA DEL ESTUDIANTE

Fecha: _____