

**ESCUELAS DE LA CIUDAD DE FLORENCE
TARJETA DE INFORMACION DE LOS ESTUDIANTES 2013-2014**

Información Alumnos	<input type="checkbox"/> [como aparece en el acta de nacimiento]		Número Seguro Social: _____		El menor vive con:	
	Nombre: _____		Nombre Preferido: _____		<input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Tutores Legales <small>[completar sección de tutor legal]</small>	
	Apellido(s) 1er. Nombre 2do. Nombre				<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre	
	Dirección Casa: _____		Dirección Postal: _____		Cód. Postal: _____	
	Raza (encerrar una): Indígena Norteamericano / Nativo de Alaska Asiático Negro Hispano Razas múltiples(dos o más razas) Proveniente de las Islas del Pacífico Blanco					
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Fecha Nacimiento: _____ Teléfono Principal: _____ Viven los padres / tutores dentro de los límites de la ciudad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
<input type="checkbox"/> Autobús <input type="checkbox"/> Número del autobús A.M. _____ <input type="checkbox"/> Número del autobús P.M. _____						
<input type="checkbox"/> No se va en autobús						
Recibió servicios especiales en la escuela anterior? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si marcó SI, especificar: _____						
Grado (2012-2013): _____ Primer grado al que entró a las escuelas de Florence _____ ¿A cuál escuela? _____						

Información Madre	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Madre de Crianza					
	<input type="checkbox"/> Puede llevarse al alumno de la escuela <input type="checkbox"/> Puede recibir información por correo					
	Nombre: _____		Dirección: _____		Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____	
	Tel. Principal: _____		Tel. adicional: _____		Correo electrónico: _____	
	Lugar del trabajo: _____		Dirección del trabajo: _____		Tel. del trabajo: _____	

Información Padre	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Padre de Crianza					
	<input type="checkbox"/> Puede llevarse al alumno de la escuela <input type="checkbox"/> Puede recibir información por correo					
	Nombre: _____		Dirección: _____		Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____	
	Tel. Principal: _____		Tel. adicional: _____		Correo electrónico: _____	
	Lugar del trabajo: _____		Dirección del trabajo: _____		Tel. del trabajo: _____	

Información Tutor Legal	<input type="checkbox"/> Tutor Legal					
	<input type="checkbox"/> Documentos de tutoría legal otorgados por la corte (adjuntar copia)					
	<input type="checkbox"/> Puede llevarse al alumno de la escuela <input type="checkbox"/> Puede recibir información por correo					
	Nombre: _____		Dirección: _____		Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____	
	Tel. Principal: _____		Tel. adicional: _____		Correo electrónico: _____	
Lugar del trabajo: _____		Dirección del trabajo: _____		Tel. del trabajo: _____		

PERSONAS LOCALES QUIENES SERAN NOTIFICADAS SI LOS PADRES SE ENCUENTRAN FUERA DEL ALCANCE:

Las siguientes personas tendrán permiso de sacar a los estudiantes de la escuela además de los padres de familia

Nombre: _____	Tel. casa: _____	Tel. trabajo: _____	Tel. celular: _____
Nombre: _____	Tel. casa: _____	Tel. trabajo: _____	Tel. celular: _____
Nombre: _____	Tel. casa: _____	Tel. trabajo: _____	Tel. celular: _____

Si los padres de familia, tutores legales, o las personas que aparecen en la lista no están, yo autorizo a la escuela a actuar con el interés de mi hijo si surge una emergencia.

SI NO

INFORMACION ACERCA DE LA SALUD

Tiene el alumno alguna condición de salud fuera de lo normal? SI NO (Si marcó SI, favor de explicar marcando la casilla apropiada.)

Toma medicinas con regularidad en la escuela Toma medicinas con regularidad en la casa

<input type="checkbox"/> Asma	Medicina y/o instrucciones	Inhalador	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Alergias	Medicina y/o instrucciones	Epi-pen	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Anotar alergias: _____				
<input type="checkbox"/> Corazón	Medicina y/o instrucciones		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Convulsiones	Medicina y/o instrucciones		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Diabetes	Medicina y/o instrucciones		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Otra (especifique):			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Medicina y/o instrucciones			
<input type="checkbox"/> Oído	Medicina y/o instrucciones	Usa algún aparato para oír:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Vista	Medicina y/o instrucciones	Lentes: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Lentes de contacto: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Doctor a llamar en caso de emergencia: _____ Tel: _____

FIRMA DE LOS PADRES / TUTORES (REQUISITO)

- Yo entiendo que si la información en esta tarjeta cambia durante el transcurso del año escolar, es mi responsabilidad notificarle al personal de la escuela para que se hagan los cambios necesarios.
- Con mi firma a continuación yo confirmo que soy el padre o tutor legal de este niño y que vive conmigo en la dirección que aparece arriba.

Firma de los padres o tutores legales _____

Fecha _____

**ESTA SECCION ES SOLAMENTE PARA LOS ALUMNOS DE KINDERGARTEN O
LOS ESTUDIANTES QUE ESTAN EMPEZANDO POR PRIMERA VEZ EN LAS ESCUELAS DE FLORENCE**

Escuela anterior: _____ Dirección Escuela: _____ Tel. Escuela: _____
Fax Escuela: _____

Selección de escuela K-4	Favor de indicar su selección, marcando una "X" a la par del nombre de la escuela. Excepto a circunstancias extenuantes, un alumno de la primaria no podrá moverse de escuela a escuela durante los grados de kindergarten hasta cuarto.	<input type="checkbox"/> Forest Hills Elementary <input type="checkbox"/> Harlan Elementary <input type="checkbox"/> Weeden Elementary	Grados K-4 Grados K-4 Grados K-4
	Marcar la escuela a la cual asistirá su hijo/a durante el año escolar 2013-2014	<input type="checkbox"/> Hibbett Middle School <input type="checkbox"/> Florence Middle School <input type="checkbox"/> Florence Freshman Center <input type="checkbox"/> Florence High School	Grados 5-6 Grados 7-8 Grado 9 Grados 10-12

FOR OFFICE USE ONLY

Documentation Provided: Birth Certificate Social Security Card Alabama Immunization Certificate: Blue Student ID # _____
School: _____ Date of Entry: _____ Teacher Assigned: _____