

Información del Estudiante- por favor complete

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono de casa: _____

_____ Codigo Postal: _____ Teléfono móvil del estudiante# _____

Número de seguridad social: _____ Estudiante vive con: _____

Nombre de la madre _____

Nombre del padre _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Lugar de trabajo _____

Lugar de trabajo _____

Teléfono de casa _____

Teléfono de casa _____

Teléfono de trabajo _____

Teléfono de trabajo _____

Teléfono móvil _____

Teléfono móvil _____

Correo electrónico _____

Correo electrónico _____

Contactos de Emergencia:

1. Nombre: _____ Teléfono #: _____ Relación: _____

2. Nombre: _____ Teléfono#: _____ Relación: _____

Información medica

Doctor: _____ Teléfono #: _____

Dirección: _____

Terapeuta/Consejero: _____ Teléfono #: _____

Dirección: _____

Seguro médico: Sí ___ No ___ Se si, nombre del seguro: _____

Si no, NJ Family Care ofrece seguro de salud gratuito o de bajo costo para niños no asegurados y ciertos ingresos bajos Padres. Para más información llame al 800-701-0710 o visite www.njfamilycare.org para solicitar en línea. Problemas/Preocupaciones médicos: _____

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Según la ley estatal de New Jersey, si usted quisiera que su niño fuera administrado sobre la medicación contraria tal como Tylenol, Tums etc. en la escuela, es necesario que la escuela tenga en el archivo una nota escrita de un médico. Sin autorización escrita de un médico, no podemos administrar medicamentos sin receta médica a su hijo. ¿Autoriza a la enfermera de la escuela a divulgar información al personal escolar pertinente sobre problemas de salud / necesidades médicas que Puede afectar la seguridad o el desempeño de su hijo en el ambiente escolar? Compruebe: Sí _____ No _____

Consentimiento del Padre :Yo doy permiso para que mi hijo asista a cualquier actividad supervisada y planeada que requiera salir de la escuela.Escuela durante el año escolar. En caso de que sea necesario, concedo permiso a Chancellor Academy para llevar a mi hijo.La instalación apropiada para que él / ella pueda recibir atención médica de emergencia. También doy permiso para que el personal de Chancellor Academy se reúna con el doctor y / o terapeuta de mi hijo.Participaré activamente en la educación de mi hijo mientras esté inscrito en Chancellor Academy. Haré todo lo posible para asistir a reuniones con los padres, comunicarse con el personal y trabajar juntos con la escuela para proporcionar experiencias exitosas y positivas para mi hijo.

Firma de lo padre _____

Fecha: _____

SE MANAGER: _____ PHONE #: _____

email: _____