

INFORMACION PRIMARIA DE LA CASA:

Padre, Guardian Legal, Padrastros, Otros (circule uno): Nombre _____
 Puede recoger hijo/a de la escuela: ___Si ___No Telefono de la casa _____ :
 Telefono celular: _____ Otros telefono: _____
 Correo Electronico _____
 Direccion Postal _____
 (ciudad) (Estado) (Codigo Postal)
 Direccion de 911
 REQUERIDO): _____
 (CIUDAD) (ESTADO) (codigo postal)

Madre, Guardia Legal, Madrastra, Otro (circule uno): Nombre _____
 Puede recoger hijo/a de la escuela: ___Si ___No Telefono de la casa _____
 Telefono celular: _____ Otros telefono _____ correo electronico: _____
 Direccion Postal: _____
 (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal))
 Direccion de Casa
 911(REQUERIDO): _____
 (CIUDAD) (eSTADO) (Codigo Poatal)

INFORMACION SEGUNDARIA DE LA CASA, SI ES APLICABLE

Padre, Guardian Legal, Padrastros, Otros (circule uno): Nombre _____
 Puede recoger hijo/a de la escuela: ___Si ___No Telefono de la casa _____ :
 Telefono celular: _____ Otros telefono: _____
 Correo Electronico _____
 Direccion Postal _____
 (ciudad) (Estado) (Codigo Postal)
 911 Direccion (REQUERIDA): _____
 (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Madre, Guardia Legal, Madrastra, Otro (circule uno): Nombre _____
 Puede recoger hijo/a de la escuela: ___Si ___No Telefono de la casa _____
 Telefono celular: _____ Otros telefono _____ correo electronico: _____
 Direccion Postal: _____
 (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal))
 Direccion de Casa
 911(REQUERIDO): _____
 (CIUDAD) (eSTADO) (Codigo Poatal)

AUTORIZACION A PERSONAS EN CASO DE EMERGENCIA: Por favor indique el nombre de las personas que ESTAN autorizadas a recoger a su hijo y que se haran responsables del nino en caso de una emergencia y que ha usted no se le pueda contactar. POR FAVOR RECUERDE, que si la persona no esta en esta lista NO se le permitara de recoger a su hijo bajo ninguna circunstancia.

Nombre	Relacion	Telefono	Contactar en una emergencia
1. _____			<input type="checkbox"/>
2. _____			<input type="checkbox"/>
3. _____			<input type="checkbox"/>
4. _____			<input type="checkbox"/>
5. _____			<input type="checkbox"/>
6. _____			<input type="checkbox"/>

Es responsabilidad del Padre o del Guardia Legal de notificar a la escuela de cualquier cambio en esta registracion durante el ano escolar. Fima del Padre o Guarda Legal _____

The Famin County School System does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, religion, creed, or disability in admission to its programs, services, and activities, in treatment of individuals, or in any aspect of their operations. For additional information or referral to the appropriate system coordinator, contact the system superintendent's office at 2290 East First Street, Blue Ridge, Georgia 30513 or 706-632-3771.

FANNIN COUNTY SCHOOL SYSTEM
INFORMACION DE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

INFORMACION DE SALUD

Por favor indique todas las que su hijo tiene o ha tenido:

_____ Asma	_____ Impedimento fisico	_____ Transtornos convulsivos
_____ Alergico a abejas	_____ Alegico a medicament	_____ Enfermadad de celulas
_____ Cancer	_____ Comida alergica	_____ Otros _____
_____ Diabetes	_____ Otras alergias _____	

Si marco cualquiera de las anteriores, por favor, indique el procedimiento del tratamiento: _____

Por favor este seguro de incluir:

- Cualquier condición que limite las actividades de educación física
- Cualquier medicamento que se toma diariamente
- Fechas de las vacunas recientes o tétano
- Cualquier requerimiento especial para sentarse
- Cualquier otro diagnóstico médico que su hijo pueda tener.

Si su hijo tiene asma, por favor incluya lo siguiente:

- Posibles causas de un ataque de asma.
- Si su niño usa un inhalador (si es así, dar nombre y direcciones como dar el medicamento)
- Si el inhalador ha sido enviado a la escuela mandarlo con instrucciones claras
- Si el inhalador debe permanecer en la oficina o con el estudiante .
- Pasos a seguir en caso de un ataque de asma en la escuela.

Si su niño tiene convulsiones, por favor incluya los siguientes:

- Si su niño está tomando actualmente medicamentos para las convulsiones (si es así, dar nombre y direcciones para dar medicamento)
- Una descripción de cualquier ataque que su niño halla tenido en los últimos dos años

Su niño toma medicamento recetado a diario? _____ Nombre de la medicina _____

Usa su hijo un inhalador? _____ Si su hijo lo lleva con el, debe tener una nota firmada por su medico.

Nombre del Doctor: _____ Telefono _____

Es responsabilidad del Padre o del Guardia Legal de notificar a la escuela de cualquier cambio en esta registracion durante el ano escolar

Firma del Padre o Guardia Legal

Fecha

The Fannin County School System does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, religion, creed, or disability in admission to its programs, services, and activities, in treatment of individuals, or in any aspect of their operations. For additional information or referral to the appropriate system coordinator, contact the system superintendent's office at 2290 East First Street, Blue Ridge, Georgia 30513 or 706-632-3771.