

Rock Brook School - 2018-2019

*** Por favor imprima claramente ***

DEVOLVER: _____
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Zip

Teléfono de casa: (_____) _____ Distrito Escolar: _____

Teléfono celular de la madre: (_____) _____ Correo electrónico: _____

Teléfono celular del padre: (_____) _____ Correo electrónico: _____

Nombre de la madre o representante: _____

Teléfono de la empresa: (_____) _____ Ocupación: _____

Nombre de la empresa para la que trabaja: _____

Domicilio de la madre o representante: _____

Nombre del padre o representante: _____

Teléfono de la empresa: (_____) _____ Ocupación: _____

Nombre de la empresa para la que trabaja: _____

Domicilio del padre o representante: _____

Son padres separados/divorciados? ____ Si es así, quién es el representante legal? _____

Nombre y dirección de los padres si no viven en la misma dirección: Name _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado código postal País

Teléfono de casa: (_____) _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

ES MUY IMPORTANTE QUE TENGAMOS EL NÚMERO DE TELÉFONO (S) DE DOS PERSONAS DISPUESTAS A ASUMIR RESPONSABILIDAD EN CASO DE UNA EMERGENCIA Y DE NO PODER CONTACTARLOS.

Por favor, obtener el permiso de estas personas para que sepan qué esperar. Debe ser alguien que pueda llegar a la escuela en 20 minutos, si es posible.

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: (_____) _____

Teléfono del trabajo: (_____) _____ Teléfono celular: (_____) _____

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: (_____) _____

Teléfono del trabajo: (_____) _____ Teléfono celular: (_____) _____

Rock Brook School - 2018-2019

*** Por favor imprima claramente ***

DEVOLVER: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del médico: _____ Teléfono del trabajo: (_____) _____

Fecha de la última vacuna de tétanos: _____

El niño tiene seguro de salud?

Sí: _____ En caso afirmativo, nombre de compañía de seguros: _____

No: _____ NJ FamilyCare ofrece seguro médico gratis o de bajo costo para niños sin seguro médico y algunos padres de bajos ingresos. Para más información llame al 800-701-0710 o visite www.njfamilycare.org para solicitarlo en línea. Autorizo a que den mi nombre y dirección al programa NJ FamilyCare para que entren en contacto conmigo con información sobre el seguro de salud.

Firma: _____ Nombre impreso: _____ Fecha: _____

Consentimiento escrito requerido en virtud de documentos 20 y 1232 g (b) (1) y 34 C.F.R.30 (b) Si su hijo tiene una enfermedad crónica o problema médico específico, por favor describa: _____

Su hijo (a) alguna vez ha tenido una convulsión? _____ Si es así, cuando? _____

Tipo de convulsión: _____ Fecha de la última convulsión: _____

Describe las condiciones que puedan precipitar sus convulsiones: _____

Lista de medicamentos que su hijo (a) está tomando actualmente –con o sin receta médica: _____

Lista de medicamentos, alimentos, cremas bálsamos o sustancias a las que su hijo (a) es alérgico: _____

Si existe alguna reacción alérgica, qué tipo de reacción ocurre generalmente? _____

AUTORIZACIÓN médica en caso de emergencia (requiere firma)

Autorizo a miembros del personal, de la escuela Rock Brook, directamente a las personas nombradas en este formulario y autorizo al médico nombrado a rendir tratamiento como pueda ser juzgado necesario en caso de una emergencia para el bienestar del niño (a) / hijo (a). En caso que el medico u otras personas nombradas en este formulario, incluyendo padres/ representantes no puedan ser contactados, autorizo a los representantes legales de Rock Brook a tomar las medidas necesarias en su juicio para el bienestar de mi hijo (a).

Por la presente doy mi permiso para que un miembro del personal de la escuela Rock Brook obtenga tratamiento de emergencia y primeros auxilios para mi hijo (a) niño (a) y liberar a la escuela de Rock Brook y sus empleados de toda responsabilidad en conexión con la misma.

Firma de los padres / representantes – fecha.

Rock Brook School – 2018-2019

*** Por favor imprima claramente ***

DEVOLVER: _____

FAMILIA Nombres y edades de los hermanos:

Abuelos maternos nombre & dirección:

Abuelos paternos de nombre & dirección:

Correo electrónico: _____

Correo electrónico: _____

Pasatiempos/intereses del niño: _____

PERMISOS NECESARIOS

- parentReach número ~ por favor enliste el número principal que desea ser llamado automáticamente en el caso de cierre de la escuela o el retraso por motivos de clima. En caso de verdadera emergencia inesperada, se llamará a todos los números de teléfono de familiares que aparecen en la sección de información del estudiante.

Número de emergencia principal: _____

Favor de circular Y sí o N-No

- Puede recibir exámenes de audición de rutina en RBS mientras que él o ella está inscrito en RBS. Y / N
- Pueden recibir exámenes de visión en RBS mientras que él o ella está inscrito en RBS. Y / N
- Realizar paseos por el barrio de la escuela de Rock Brook. Y / N
- Aparecer en fotos, video o iPads para el aula / y en la escuela de comunicación. Y / N
- Aparecer en fotos o video para propósitos de relaciones públicas fuera de la escuela. esto incluye el web RBS, periódico de Rock Brook mensual. Y / N
- Aparecer en fotos en Facebook y Twitter. Y / N
- Personal de RBS puede enviarme correo electrónico acerca de mi hijo. Y / N
- Puede tener su fotografía con nombre sin en apellido 2018-2019, en el libro anual de RBS. (No apellidos, nunca se utilizan apellidos para los estudiantes en la publicación.) Y / N

Rock Brook School - 2018-2019

*** Por favor imprima claramente ***

DEVOLVER: _____

PERMISOS necesarios (continuadas)

- Pueden estar incluidos en el "Friend Finder" o "Directorio DE Amigos" de RBS. Esto incluirá la familia **Apellido, nombre, domicilio, hogar número de teléfono. Si desea agregar un correo electrónico o un numero de celular por favor indicar aquí.** _____ Y / N
- Mi hijo (a) ha recibido el manual del estudiante de RBS. Entiende las reglas RBS y hará todo lo posible para seguirlos. Se han discutido y entendido las consecuencias de las decisiones que haga. Y / N
- Como padres hemos leído el manual del estudiante de RBS lo hemos discutido con mi hijo. Y / N
- Acceso a Internet está disponible para estudiantes, profesores y personal de RBS. Ha recibido y leído el contrato de Internet de RBS. Se han discutido los derechos y obligaciones contenidos en el acuerdo con su hijo y él o ella se compromete a acatar las restricciones contenidas en el acuerdo. Y / N

Cualquier otra cosa que le gustaría compartir con nosotros:

FIRMAS NECESARIAS

Madre/representante firma: _____

Nombre impreso madre/representante: _____

Firma del padre o representante: _____

Nombre impreso del padre o representante: _____

Si es capaz:

Firma de alumno: _____

Nombre impreso del alumno: _____

Fecha de hoy: _____

Por favor devuelva a la escuela Rock Brook 109 Orchard Road, Skillman, NJ 08558 908-431-9500