

**ACADEMY LEARNING CENTER**  
**FORMULARIO DE INFORMACION DEL ESTUDIANTE**  
**2020 - 2021 Año Escolar**

Por favor escribe toda la información Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad/Pueblo Código Postal

Teléfono De Casa #: \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo #: \_\_\_\_\_

Número de teléfono celular#: \_\_\_\_\_ Horario de trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo #: \_\_\_\_\_

Número de teléfono celular #: \_\_\_\_\_ Horario de trabajo: \_\_\_\_\_

Estamos planeando mandar información por correo electrónico acerca de nuestra escuela, tales como anuncios del PTO, bola de amigos, talleres pertinentes, etc., a los padres/tutores por medio de correo electrónico en este año escolar. Por favor proporcione al menos una dirección de correo electrónico para este propósito.

**Persona De Contacto De Emergencia (Obligatorio):** Por favor, designe dos miembros de la familia o amigos que pueden ser contactados en caso de **lesion or enfermedad** del estudiante cuando los padres no pueden ser localizados. Estas personas están autorizadas para recoger a mi hijo(a) en la escuela.

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Tele: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Tele: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene seguro de salud?

Sí \_\_\_\_\_ Nombre del seguro de salud \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_ (¿Quieres información sobre el programa de cuidado de familia de NJ? \_\_\_\_\_)

Es importante que nuestra oficina de salud mantenga al día acerca de los medicamentos que nuestros estudiantes están tomando. Por favor escriba cualquier medicamento(s) dada en el hogar (adjunte hoja aparte si es necesario)

Tipo: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Por favor anote cualquier alergia (alimentos, medicamentos, picaduras de insectos, etc.) que su hijo(a) tiene:

Nombre de Pediatra: \_\_\_\_\_ Tele #: \_\_\_\_\_

Nombre del Neurólogo: \_\_\_\_\_ Tele #: \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_ Tele #: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Tele #: \_\_\_\_\_

*Gracias por completar este formulario. Si los cambios en la información, por favor notifique a la oficina de la escuela.*