

Maple After School Application

Information de los estudiantes

Apellido _____ Nombre de Pila _____
Fecha de nacimiento _____ Hombre Mujer
Clase _____

Padre/Guardian #1

Relacion con el estudiante _____
Apellido _____ Nombre de Pila _____
Telefono de casa _____ Telefono movil _____
Direccion Principal _____
Ciudad _____ Estado _____
Codigo Postal _____

Padre/Guardian #2

Relacion con el estudiante _____
Apellido _____ Nombre de Pila _____
Telefono de casa _____ Telefono movil _____
Direccion Principal _____
Ciudad _____ Estado _____
Codigo Postal _____

Para uso de emergencia cuando no se puede localizar a los padres

Nombre de Relativo/Amigo _____ Relacion _____
Telefono _____
Nombre de Relativo/Amigo _____ Relacion _____
Telefono _____
Nombre de Relativo/Amigo _____ Relacion _____
Telefono _____
Hospital _____
Telefono _____

Medico _____ Telefono _____

Firma de los padres _____ Fecha _____

Mas Information en la parte posterior

Maple Elementary Summer School Application 2022 (continued)

Formulario de informacion sanitaria

Tu estudiante tiene un historial de alguno de los siguientes?

Asma Diabetes Afeccion cardiaca Trastorno convulsivo Intolerancia a la lactosa

Alergias (lista) _____

Otros problemas medicos:

El estudiante estaa tomando medicacion? Si No

En caso afirmativo, el nombre de la lista, la hora y las cantidades dadas:

Perdida auditiva? Si No Uso de audifonos? Si No

Uso de lentes de contacto? Si No Uso de lentes? Si No