

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PROGRAMAS DE SÁBADO DE FCUSD 2024-2025 <input type="checkbox"/> RANCHO CORDOVA - PROGRAMA DE ESPAÑOL <input type="checkbox"/> CORDOVA MEADOWS - INTERVENCIÓN PARA IMMIGRANTES	INSCRIPCIÓN ABIERTA
---	--------------------------------------

Por favor, complete el formulario a continuación, aceptando o renunciando esta colocación y devuélvalo a la oficina de la escuela antes del **viernes, 30 de agosto del 2024**

- Sí**, mi hijo/a asistirá el programa del Escuela de Sábado (Por favor complete el formulario a continuación)
- No**, mi hijo/a no asistirá al programa del Escuela de Sábado por la siguiente razón: _____

Firma del Padre: _____ **Fecha:** _____

****** Si su hijo/a va a asistir por favor escriba la información que se le pide abajo ******

Grado actual: _____ Escuela Actual: _____

Fecha de Nac. Del Estudiante: _____ Maestro: _____

Femenino Masculino Otro

Apellido(s) _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Nombre del Padre o Tutor Legal _____ Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono de la Casa _____ Número de Celular _____ Tel. del Trabajo de la Madre _____ Tel. del Trabajo del Padre _____

Contacto de Emergencia _____ Dirección _____ Número de Teléfono _____

E-mail: _____

Mi estudiante puede ser recogido de la escuela por: _____

Notas de información especial de salud: _____

En caso de accidente o enfermedad repentina, cuando el padre o tutor no esté disponible, yo autorizo al representante de la escuela para obtener atención médica para mi hijo, incluyendo el transporte necesario, según su criterio. Además, autorizo al doctor nombrado abajo para proporcionar el cuidado y tratamiento que considere necesario. Si el médico designado abajo no está disponible, autorizo que dicha atención y tratamiento sea realizada por cualquier médico con licencia o cirujano seleccionado por el representante de la escuela. Estoy de acuerdo en pagar todos los costos incurridos como resultado de lo anterior.

Nombre del Doctor _____ Dirección _____ Número de Teléfono _____

Número de Identificación Médica (# de paciente) _____ Firma del Padre o Tutor Legal _____

Por favor indique cualquier problema de salud (alergias, convulsiones, etc.): _____

Para Uso de la Oficina Solamente:
 Please return completed Saturday Language School form to Categorical Programs & Grants office by **Friday, August 30, 2024**

*****Se aplicarán las normas y reglamentos del distrito durante la escuela del sábado*****