Escuela de Verano 2026
WISD Summer School 2026
Registration/Inscripción

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE/STUDENT HEALTH HISTORY
El FORMULARIO médico debe entregarse **el primer día de la escuela** de verano/**Medical FORM** is **DUE** on the **first day** of summer school

Nombre del Pediatra/Name of the Pediatrician_____

Hospital o Clínica preferida/Hospital or preferred clinic:
_____

Por favor indique la condición de salud de su niño(a) Please share any health condition of your child_____

_____

_____

Por favor marque lo que le corresponda y firme/ Please check all that apply and sign: Las medicinas que se reciben en la escuela tienen que ser traídas por el padre/madre o tutor y autorizadas con su firma. Como también el nombre de los niños deben de estar claramente en el envase. Haga una lista de todas las medicinas que el niño/niña regularmente toma. All medicines that we receive at the School must be brought by the father/mother or authorized person with his/her signature. The name of the child must be clearly written on the label of the medicine as well. Make a list of all the medicines that the child takes regularly:

MEDICINA/MEDICINE	DOSIS/DOSAGE

En caso de accidente o enfermedad súbita de mi hija/o arriba mencionado y que no se pueda hacer contacto conmigo por teléfono, autorizo a un representante del Distrito Escolar Independiente de Willis a que remita al niño al doctor nombrado arriba para su tratamiento. In case of an accident or an unexpected illness of my child and that you can't contact me on the phone; I authorize a representative from WISD to take my child to the doctor mentioned above for his/her treatment.

Firma del Padre, Madre o Tutor/Signature of the Father, Mother or authorized person _____***Fecha/Date***_____

Solo para uso de la oficina/ Only for office use:
Teacher/Maestro (a) Transportation Information/Información del Transporte: Additional Comments/Comentarios Adicionales:

Bilingüe/Bilingual:_____ ESL:_____