

**Des Plaines Community Consolidated School District 62**  
**Formulario de Inscripción de estudiantes 2020/2021 - porfavor use letra de molde**

**INFORMACION SOBRE EL ESTUDIANTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**PADRE/GUARDIAN QUE VIVE CON ESTUDIANTE(S)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Circule con quien vive el estudiante: Ambos Padres    Madre    Padre    Madre/Padrastro    Padre/Madrastra    Otra Persona

Domicilio: \_\_\_\_\_ # de Apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LA MADRE**

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

Teléfono del Celular: \_\_\_\_\_

Mensajes de texto: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*las tarifas estándar del envío de mensajes de texto pueden aplicarse*

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Empleo**

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Compañía: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PADRE**

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

Teléfono del Celular: \_\_\_\_\_

Mensajes de texto: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*las tarifas estándar del envío de mensajes de texto pueden aplicarse*

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Empleo**

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Compañía: \_\_\_\_\_

**INFORMACION MEDICA DEL ESTUDIANTE**

Nombre del médico de la Familia: \_\_\_\_\_

Teléfono del Médico: \_\_\_\_\_

**Comentarios:**

*En caso de emergencia, Yo doy permiso a las autoridades de la escuela de llamar al médico mencionado arriba, o a cualquier otro médico si el médico nuestro no está disponible. También le doy permiso al médico de tomar las medidas de emergencia necesarias.*

**Comentarios médicos:**

**CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA**

Si no podemos comunicarnos con los padres nos comunicaremos con las siguientes personas, a menos que los padres nos den otras indicaciones

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el Estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

Teléfono del Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Compañía: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el Estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

Teléfono del Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Compañía: \_\_\_\_\_

La información de arriba está correcta o Yo hice los cambios necesarios.

**FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_