



Palestine Independent School District

Palestine Jr. High School

233 Ben Milam • Palestine, TX 75801

Office (903)731-8008 • Fax (877) 655-0731

2015-2016 TACE FORMATO DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE DE ESTUDIANTE: (apellido) _____ (nombre) _____ (sn) _____

DIRECCIÓN: _____ (apt #) _____

CÍUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ (ad) _____

GÉNERO: (masculino) _____ (femenino) _____ RAZA: _____ ESCUELA: _____ GRADO: _____

SSN #: _____ # LUNCH: _____ LENGUA PRIMARIA: _____

NOMBRE MAESTRO _____

PADRE/TUTOR LEGAL (nombre) _____

DIRECCIÓN _____ (ciudad/estado) _____ (código postal) _____

TRABAJO _____ (teléfono de trabajo) _____

(teléfono casa) _____ (teléfono celular) _____ (correo electrónico) _____

MARQUE CON UNA "X" EN LA FORMA QUE USTED PREFIERA QUE SE LE CONTACTE:

Teléfono de casa ___ de trabajo ___ de celular ___ correo electrónico ___

MADRE/TUTOR LEGAL (nombre) _____

DIRECCIÓN _____ (ciudad/estado) _____ (código postal) _____

TRABAJO _____ (teléfono de trabajo) _____

(teléfono casa) _____ (teléfono celular) _____ (correo electrónico) _____

MARQUE CON UNA "X" EN LA FORMA QUE USTED PREFIERA QUE SE LE CONTACTE:

Teléfono de casa ___ de trabajo ___ de celular ___ correo electrónico ___

¿CÓMO LLEGA A CASA NORMALMENTE SU NIÑO AL FINAL DE DÍA?

(Por favor escriba la dirección a dónde el estudiante será llevado al terminar el programa después de la escuela)

(autobús de escuela) _____ (caminando) _____ (es recogido) _____ (otra manera): _____

Dirección

___ Entiendo que mi hijo debe ser recogido al terminar el programa, si no se recoge a tiempo, el personal después de la escuela puede llamar a la policía de PISD. Después de tres veces que se recoja tarde, mi hijo puede ser expulsado del programa

¿QUIÉNE TIENE EL PERMISO DE RECOGER A SU NIÑO AL FINAL DE DÍA, ADEMÁS DE USTED MISMO?

(nombre/relación) _____ (teléfono) _____

(nombre/relación) _____ (teléfono) _____

*******POR FAVOR, CONTINÚE EN LA PARTE DE ATRÁS*******

Positive Attitudes **I**ntegrity **S**hared Responsibility **D**edication to Excellence



Palestine Independent School District

Palestine Jr. High School

233 Ben Milam • Palestine, TX 75801

Office (903)731-8008 • Fax (877) 655-0731

INFORMACIÓN MÉDICA: Por favor escriba cualquier problema especial que su hijo pueda tener, tales como alergias, enfermedades, medicamentos prescritos, lesiones graves y/u hospitalizaciones:

NOMBRE DEL DOCTOR: _____ **TELÉFONO:** _____

DIRECCIÓN DEL DOCTOR: _____ (ciudad/estado) _____ (código postal) _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA: En caso de que mi hijo tuviera un accidente o enfermedad repentina, y en el caso de que yo no pueda ser localizado por teléfono, por la presente autorizo a un representante de PISD para referir a mi hijo al médico nombrado arriba o busque atención médica apropiada. PISD no se hace responsable de los gastos incurridos:

FIRMA DE PADRE/TUTOR LEGAL: _____ (fecha) _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA Y LOS PADRES NO PUEDEN SER LOCALIZADOS:

(nombre/relación) _____ (teléfono) _____

(nombre/relación) _____ (teléfono) _____

AUTORIZACION PARA (nombre de niño/a): _____

Yo autorizo a Palestine ISD para que mi hijo sea fotografiado y/o videograbado durante las actividades del programa y para aquellas imágenes que se utilizarán para publicidad y/o con fines de reclutamiento.

_____ Inicial.

Voluntario

Estoy interesado en ser voluntario con el programa después de la escuela, ya sea en el Consejo Asesor o en otra capacidad, tales como la enseñanza de una clase. SÍ _____ NO _____

TODA LA INFORMACIÓN ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL

Soy el padre o el tutor legal del menor de edad nombrado arriba y tengo la autoridad legal para ejecutar este consentimiento y permiso.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

¡GRACIAS! ¡ESPERAMOS QUE ESTE SEA UN BUEN AÑO!!