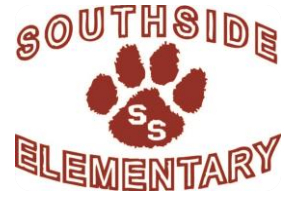




Palestine Independent School District

Southside Elementary School

201 E. Gillespie ♦ Palestine, TX 75801
Office (903)731-8023 ♦ Fax (877) 655-0734



2014-2015 TACE FORMA DE REGISTRO

NOMBRE DE ESTUDIANTE: (apellido) _____ (nombre) _____ (sn) _____
DIRECCIÓN: _____ (apt #) _____
CÍUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: _____ ECHA DE NACIMIENTO: _____ (ad) _____
GÉNERO: (macho) ___ (hembra) ___ RAZA: _____ ESCUELA: _____ GRADO: _____
SSN #: _____ LENGUA PRIMARIA: _____
MAESTRO _____

PADRE/GUARDA LEGAL

(nombre) _____
DIRECCIÓN _____ (ciudad/estado) _____ (código postal) _____
PATRÓN _____ (teléfono de trabajo) _____
PONER EN CONTACTO (a casa telefono) _____ (teléfono celular) _____ (correo electrónica) _____
COLQUE UN "X" EN SU MODO PREFERIDO PARA SER PUESTO EN CONTACTO:
Teléfono de casa ___ de trabajo ___ de celular ___ correo electrónica ___

MADRE/GUARDA LEGAL

(nombre) _____
DIRECCIÓN _____ (ciudad/estado) _____ (código postal) _____
PATRÓN _____ (teléfono de trabajo) _____
PONER EN CONTACTO (a casa telefono) _____ (teléfono celular) _____ (correo electrónica) _____
COLQUE UN "X" EN SU MODO PREFERIDO PARA SER PUESTO EN CONTACTO:
Teléfono de casa ___ de trabajo ___ de celular ___ correo electrónica ___

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

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

(Entiendo que mi niño DEBE SER LEVANTADO después de la programa. Si no los levanta, el personal del después de escuela puede llamar a policía de PISD. Después de tres levantadas tarde, su niño puede ser excusado del programa.)

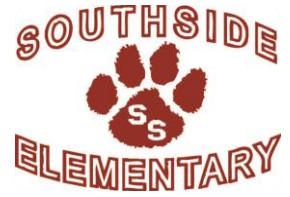
¿QUIÉN TIENE EL PERMISO DE RECOGER A SU NIÑO AL FINAL DE DIA?

(nombre/relación) _____ (teléfono) _____
(nombre/relación) _____ (teléfono) _____



Palestine Independent School District Southside Elementary School

201 E. Gillespie ♦ Palestine, TX 75801
Office (903)731-8023 ♦ Fax (877) 655-0734



MÉDICA INFORMATION: Por favor ponga cualquier problema especial en una lista que su niño puede tener, como alergias, enfermedades, prescribió medicaciones, heridas serias, y/o hospitalizaciones:

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

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

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA: Por si el niño llamado en esta forma sufra un accidente o la enfermedad repentina, y tal como resultó después no puedo ser alcanzado por teléfono, por este medio autorizo a un representante de PISD para manda al niño al medico apropiada. El PISD no puede ser sostenido reponsable de ningún coste incurrido:

FIRMA DE PADRE/GUARDA: _____ (fecha) _____

PÓNGASE EN CONTACTO EN CASO DE LA EMERGENCIA Y LOST PADRES NO PUEDEN SER ALCANZADOS:

(nombre/relación) _____ (teléfono) _____

(nombre/relación) _____ (teléfono) _____

AUTORIZACION PARA (nombre de niño/a): _____

POR FAVOR DE LEER PREMISOS

* Yo le doy premiso al programa para transportar a mi niño/a en las benes de agencia y/o vehículos operados por los trabajadores para llevar y traje a nuestro hijo/a al programa de después de escuela día de excusión. (autorización separada por padres o guardián)

* Entiendo y convengo que ni el programa ni sus empleados y voluntarios son responsables o legalmente obligados para cualquier pérdida personal de la característica o para cualesquiera lesiones corporales incurridas en y sufridas por el niño en cualquier característica del programa o con respecto a cualesquiera actividades del programa.

ESTOY DE ACUERDO CON LAS DECLARACION ESCRITAS

Permitiré que a mi niño/a se le fotografié y/o vídeo sea grabado mientras que está conviviendo en actividades del programa y que para esas imágenes se utilizarán para los propósitos de la publicidad y/o del reclutamiento. SI _____ NO _____

Estoy interesado en ofrecerme voluntariamente con el programa del después de escuela, sobre el consejo consultivo o en otra capacidad, tal como enseñanza de una clase. SÍ _____ NO _____

TODA LA INFORMACIÓN ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL

Soy el padre o el guardan legal del menor de edad nombrado arriba y tengo autoridad legal para ejecutar este consentimiento y premiso.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

¡GRACIAS! ¡ESPERAMOS UN BUEN AÑO!!