



Lynchburg Comunista Activo Grupo

(POR FAVOR IMPRIMIR)

Para uso oficial Sólo para niños más ID _____ Ingreso familiar% _____ Prueba de residencia _____

Información del estudiante

Estudiante nuevo _____ Estudiante que regresa _____ Hijo adoptivo _____
 Nombre Apellido _____ Primero _____ Medio _____

Sexo _____ carrera _____
 Dirección _____ Teléfono _____ Teléfono _____

Tarjeta de seguro social en (admisión previa) _____ Fecha de nacimiento _____
 Certificado de nacimiento # _____

Nombre del padre / tutor legal _____ Relación _____
 Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección de la residencia _____ Zip _____
 Dirección postal _____ Zip _____

Teléfono de casa _____ Empleador _____ Teléfono de trabajo _____

INICIAL AQUÍ SI PODEMOS CONTACTAR CON USTED POR TEXTO O E-MAIL

¿Le pagan semanalmente _____ dos veces al mes _____ cualquier dos semanas _____
 mensualmente _____

Asistir a la universidad _____ o al programa de capacitación _____

El turno trabajó Primero _____ Segundo _____ Tercer _____
 Dirección de correo electrónico _____ Teléfono celular _____

Complete solo si dos adultos en el hogar

Nombre del padre / tutor legal _____ Relación _____
 Edad del padre _____ Fecha de nacimiento _____ Tarjeta de seguro social _____

Dirección de la residencia _____ Zip _____
 Teléfono de casa _____ Empleador _____ Teléfono de trabajo _____

¿Le pagan semanalmente _____ tice un mes _____ cada dos semanas _____ mensual _____
 Dirección de correo electrónico _____ Teléfono _____

celular _____
 Número de niños que viven en el hogar _____

Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Carrera _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Carrera _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Carrera _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Carrera _____

Contactos de emergencia adicionales En caso de que haya una emergencia y no se pueda contactar a los padres / tutores anteriores, ¿a quién debemos contactar?

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____
 Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____
 Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Información médica

Nombre del médico _____ Phone _____
 Enumere todas las alergias, incluidas las alergias a medicamentos y alimentos _____

Listar todas las necesidades especiales _____ IEP con el sistema escolar _____

Enumere cualquier condición médica crónica grave que el niño pueda tener, como problemas cardíacos, asma, diabetes, convulsiones, etc. _____

Fecha _____ Firma del Padre / Tutor _____