



Apellido del Estudiante	
Grado	Escuela

2017 - 2018 Inscripción para Ocean Aftercare

INFORMATION DEL ESTUDIANTE

Una solicitud por estudiante. Cada hermano se aplica por separado.

Grado (circule uno): Kinder 1 2 3 4 5 6 7 8

Apellido del Estudiante		Primer Nombre		MI
Sexo: M F	Fecha de Nacimiento	Grado	Maestro(a)	
Tiene hermanos aplicando en otro campus: Sí No	Nombre de el Hermano(a)			Grado
	Nombre de el Hermano(a)			Grado

SELECCIÓN DE PROGRAMA

Plan escogido (Escoja un plan A - O): _____	Cuota Mensual \$ _____
Tiempo para recoger (circule): 5 pm 6 pm	Días (Circule): M T W Th F

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTOR

PADRE/TUTOR #1 ¿Es esta persona un tutor legal del niño? SI NO ¿Tiene el niño viva con esta persona? SI NO

Apellido		Primer Nombre	
Direccion de casa		Cuidad	Estado/Codigo Postal
Teléfono de casa		Teléfono de Trabajo	
Teléfono de Celular		Correo Electrónico(por favor escriba claramente)	

PADRE/TUTOR #2 ¿Es esta persona un tutor legal del niño? SI NO ¿Tiene el niño viva con esta persona? SI NO

Apellido		Primer Nombre	
Direccion de casa		Cuidad	Estado/Codigo Postal
Teléfono de casa		Teléfono de Trabajo	
Teléfono de Celular		Correo Electrónico(por favor escriba claramente)	

Llenar el formulario completamente. No dejar ningún campo/pregunta en blanco . Si no es aplicable, designar " n / a " .

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

DATE RECEIVED _____ RECEIVED BY _____ VIA: FAX LockBox OTHER
 NEW RETURN Recorded: DATABASE QUICKBOOKS ATTENDANCE

INFORMACIÓN DE EMERGENCIAS

INFORMACIÓN MEDICA

¿Tiene el estudiante alguna condición médica del programa de reinserción social debería tener en cuenta? Sí No

En caso Sí, Explique:

¿Tiene el estudiante algún medicamento? Sí No Provea:

¿Es el estudiante alérgico a algún medicamento? Sí No Provea:

Provea otras alergias:

Contactos de Emergencia

Si no podemos comunicarnos con un padre/tutor, serán llamados estos contactos. Por favor asegúrese de que nuestros contactos son conscientes de que se les está en la lista. Padre/Guardian autoriza al personal de cuidados despues de clases, si es necesario, liberar al estudiante a cualquiera de los siguientes:

Nombre		Relación
Teléfono de Casa	Teléfono de celular	Teléfono de Trabajo

Nombre		Relación
Teléfono de Casa	Teléfono de celular	Teléfono de Trabajo

**El estudiante no se le permite salir del program aftercare con cualquier persona que no esté incluido en esta forma o sin previo permiso por escrito de los padres/tutor. Identificación será requerida.*

Información de Aseguranza

Nombre de la compañía	# de Póliza	# de Identificación
Nombre del Asegurado	Médico	Teléfono
Hospital de Preferencia		

EMISIÓN MEDICA

En caso de lesión o enfermedad repentina, doy autoridad a cualquier hospital o médico para prestar ayuda inmediata que fueran necesarias para garantizar la salud y seguridad de mi hijo(a). Yo entiendo que el costo de este servicio sea mi responsabilidad. El, tutor legal de _____ un menor de edad, autoriza el personal o la persona designada Ocean Aftercare, a cuyo cuidado se ha confiado el alumno menor de edad antes mencionado, para dar su consentimiento para llamar a una ambulancia para transportar a mi hijo(a) a un hospital o centro médico y a cualquier x-ray, examen, anestesia, diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico, o el cuidado y/o hospital para que dicho menor con el asesoramiento de cualquier médico y/o dentista con licencia.

Se Entiende que esta autorización se da en avanzado cualquier diagnóstico, tratamiento o cuidado hospitalario necesario, que un médico o dentista con licencia consideren necesarias.

Esta autorización se da a través de las disposiciones de la Sección 25.8 del Código Civil de California y permanecerá en vigencia para el año escolar completa a menos que sea revocada por escrito y entregado al agente(s) dicho. Se entiende que la escuela autónoma de Ocean Charter School, los agentes de STI y empleados no asumen ninguna responsabilidad de cualquier naturaleza en relación con el transporte del menor. Se entienede además que los costos de trasporte paramédico, hospitalización y cualquier examen, Rayo-X o tratamiento proporcionado en reación con la autorización deberá estar en casa por el suscrito.

Firma de Padre/Tutor	Fecha
Firma de Padre/Tutor	Fecha