



¿EL ALUMNO ASISTE A CUIDADOS INFANTILES? <input type="checkbox"/> Antes de la escuela <input type="checkbox"/> Después de la escuela <input type="checkbox"/> Antes y después de la escuela	PROVEEDOR DE CUIDADOS INFANTILES	Nombre	Domicilio	Nº telefónico
	ARREGLOS ADICIONALES PARA CUIDADOS INFANTILES (Por favor proporcione la información por escrito a la escuela )			

POR FAVOR, DETALLE OTROS HERMANOS QUE ASISTAN AL DISTRITO ESCOLAR DE WENATCHEE			
Apellido	Primer nombre	Escuela	Grado

**AUTORIZACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA:** Comprendo que en caso de accidente o enfermedad, se harán todos los esfuerzos por contactar al padre/tutor de inmediato. Si no se puede contactar al padre/tutor, autorizo a las autoridades escolares a obtener atención de emergencia para mi hijo.

Firma del padre/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

En caso de lesión, enfermedad u otra situación que no sea de emergencia y que involucren a su hijo, queremos poder ponernos en contacto rápidamente con las familias u otros adultos responsables. En caso de que no podamos ponernos en contacto con un padre/tutor, por favor detalle las personas en las que usted confíe y que estén disponibles durante el día para cuidar a su hijo.

1º CONTACTO DE EMERGENCIA (sin ser padre/tutor) Apellido                      Primer nombre	RELACIÓN CON EL NIÑO	TELÉFONO DEL HOGAR (incluya el código de área)	Segundo Nº telefónico (incluya el código de área)
			Trabajo
1ª DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DE EMERGENCIA			Tercer Nº telefónico (incluya el código de área)
Calle	Ciudad	Estado	Celular
Cód. postal			
2º CONTACTO DE EMERGENCIA (sin ser padre/tutor) Apellido                      Primer nombre	RELACIÓN CON EL NIÑO	TELÉFONO DEL HOGAR (incluya el código de área)	Segundo Nº telefónico (incluya el código de área)
			Trabajo
2ª DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DE EMERGENCIA			Tercer Nº telefónico (incluya el código de área)
Calle	Ciudad	Estado	Celular
Cód. postal			

**AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DEL ALUMNO:** En caso de que la escuela no logre ponerse en contacto con el padre/tutor, autorizo que se permita a mi hijo retirarse con la(s) persona(s) indicada(s) más arriba.

Firma del padre/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ ANTES	DISTRITO ESCOLAR AL QUE ASISTIÓ ANTES	UBICACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR (ciudad y estado)
¿EL ALUMNO HA ASISTIDO AL DISTRITO ESCOLAR DE WENATCHEE ALGUNA VEZ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   SI RESPONDIÓ SÍ, DETALLE A QUÉ ESCUELA		FECHA DE ASISTENCIA (mes/año)

**NO ESCRIBA EN EL ÁREA SOMBRADA – PARA USO DE LAS OFICINAS EXCLUSIVAMENTE**

BUS ROUTE AM                      PM	DATE RECORDS REQUESTED	SHARED STUDENT	OTHER SCHOOL	IMMUN ON FILE	RES AREA	BIRTH VER	ROOM
---	------------------------	----------------	--------------	---------------	----------	-----------	------

El Distrito Escolar de Wenatchee cumple con todas las reglas y regulaciones federales y estatales y no discrimina basado en la raza, religión, nacionalidad, género, orientación sexual, incluso género identidad, edad o incapacidad. Esto se aplicará a todo el personal y para todos los alumnos que estén interesados en participar en programas educativos y/o actividades escolares extracurriculares. Las consultas relacionadas al cumplimiento y/o los procedimientos de reclamo deberán dirigirse a Chet Harum, Funcionaria de RCW y Coordinadora de ADA. Los asuntos relacionados con la Sección 504 deberán dirigirse a la Administradora de Servicios para Alumnos y de Apoyo.