

Inscripción Estudiantil para el Programa Antes de la Escuela de WCPSS

Año escolar: _____

Fecha de inicio del estudiante: _____

Marque todos lo que aplican:

Programa de lunes a viernes

Programa de Tarifa diaria

Todos los lunes

Todos los martes

Todos los miércoles

Todos los jueves

Todos los viernes

Hay un cargo de inscripción de \$15.00 por solicitante. Por favor haga el cheque a nombre de la escuela. Coloque el nombre de su niño en el cheque.

Identificación del estudiante (requerido) _____

Nombre del estudiante _____

Apellido del estudiante _____

Nombre a usarse con el estudiante _____

Maestro aula principal _____ Nivel de grado _____ Ciclo _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección de domicilio:

Calle _____

Ciudad _____

Código Postal _____

Padre/Tutor Legal **Principal** Nombre _____

Apellido _____

¿La dirección de domicilio es la misma del niño? sí no

Si es diferente:

Calle _____

Ciudad _____

Código Postal _____

Por favor incluya todos los números telefónicos que aplican y seleccione uno como contacto principal:

Tel. de casa (____) _____ - _____

Tel. de día (____) _____ - _____

Tel. celular (____) _____ - _____

Dirección de correo electrónico principal para enviar recibos _____@_____

Lugar de empleo _____

Padre/Tutor Legal **Secundario** Nombre _____

Apellido _____

¿La dirección de domicilio es la misma del niño? sí no

Si es diferente:

Calle _____

Ciudad _____

Código Postal _____

Por favor incluya todos los números telefónicos que aplican y seleccione uno como contacto secundario:

Tel. de casa (____) _____ - _____

Tel. de día (____) _____ - _____

Tel. celular (____) _____ - _____

Dirección de correo electrónico secundario para enviar recibos _____@_____

En caso de emergencia, notifique a la(s) siguiente(s) persona(s) si no se puede comunicar con los padres/tutores legales:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombres de las personas a las cuales el personal del programa puede entregar el estudiante, según lo autorizado por la persona que firma la solicitud:

¿Su estudiante tiene alergias o alguna enfermedad crónica? De ser sí, ¿Cuáles son?

¿Su estudiante toma medicamentos y/o tiene un plan médico archivado con la escuela? De ser sí, explique.

Por favor comparta cualquier otra información que le gustaría que sepa el personal del Programa Antes de la Escuela sobre su estudiante (intereses especiales, temores, comportamientos, arreglos de custodia, etc.).

Mi firma indica que yo he recibido, leído y entiendo la información perfilada en:

- la *Escala de Mensualidades y Programa de Pagos del Programa Antes de la Escuela*
- la *Información del Padre del Programa de Antes de la Escuela* y
- la *Política de Manejo del Comportamiento*

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha: _____

Distribución: Inscripción original firmada, archivada en los expedientes del programa; copia de la inscripción firmada y entregada al padre.