

SERVICIO ACTIVO – ¿Está el padre / tutor en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (Ejército, Marina, Infantería de Marina, Fuerza Aérea, Fuerza Espacial o Guardia Costera) o en servicio de tiempo completo en la Guardia Nacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha militar activa más reciente de ese padre/tutor?			
OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN CASA			
NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	
LA ESCUELA			
NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	
LA ESCUELA			
NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	
LA ESCUELA			
NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	
LA ESCUELA			
ENVÍO DUPLICADO – Si divorciados/separados y la custodia compartida permite que se proporcione información/correo duplicado a otro padre			
Nombre Completo			Número de Teléfono
Calle		Ciudad	Código Postal
CONTACTOS DE EMERGENCIA – Si el padre/tutor no está disponible			
ADULTO QUE NO SEA EL PADRE		ADULTO QUE NO SEA EL PADRE	
RELACIÓN		RELACIÓN	
DIRECCION DE CASA		DIRECCION DE CASA	
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO MÓVIL
ADULTO QUE NO SEA EL PADRE		ADULTO QUE NO SEA EL PADRE	
RELACIÓN		RELACIÓN	
DIRECCION DE CASA		DIRECCION DE CASA	
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO MÓVIL
ALERTAS DE SALUD – Enumere cualquier condición médica que restrinja la actividad física o requiera atención especial. Incluya afecciones como asma y alergias como cacahuates y picaduras de abejas. Si no tiene ninguno, indique "ninguno."			
Alergias		Medicamentos	
Médico	Número de Teléfono del Medico	Seguro Médico	
AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA			
<p>Afirmo, como padre/tutor legal de _____ (escriba el nombre del estudiante aquí) un menor, por la presente autoriza al director o su designado, a cuyo cuidado se le ha confiado el estudiante, a dar su consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestésico, médico o quirúrgico, diagnóstico, tratamiento y/o atención hospitalaria que se brindará al estudiante con el consejo de cualquier médico y/o dentista con licencia. Se entiende que esta autorización se otorga antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria requerida y proporciona autoridad y poder al Distrito Escolar Unificado de Princeton ("Distrito") para otorgar un consentimiento específico a todos y cada uno de dichos diagnósticos, tratamientos, o atención hospitalaria que un médico o dentista con licencia considere necesaria. Esta autorización se otorga de acuerdo con la Sección 49407 del Código de Educación de California y permanecerá vigente hasta que sea revocada por escrito y entregada al Distrito. Entiendo que el Distrito, sus funcionarios y sus empleados no asumen responsabilidad de ningún tipo en relación con el transporte del estudiante. Además, entiendo que todos los costos de transporte paramédico, hospitalización y cualquier examen, radiografía o tratamiento proporcionado en relación con esta autorización serán mi única responsabilidad como padre/tutor del estudiante.</p>			
PERMISOS			
Doy permiso para que mi hijo/a asista a excursiones LOCALES (en la ciudad). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Doy mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado para el anuario de la escuela y otros medios de comunicación. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Todos los adultos que figuran en este formulario pueden sacar a mi hijo/a de la escuela. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Firma del Padre/Tutor

Fecha