



# Escuela de Verano para la Escuela Preparatoria

Por favor escriba claro. En caso de enfermedad o emergencia, **debemos** tener un número telefónico de día.

Junio 5 - Junio 22

Año escolar 2022-2023

## Formulario de Inscripción

ID del estudiante: \_\_\_\_\_

Sitio de la Escuela de Verano \_\_\_\_\_

Grado en 2022-2023: 08 09 10 11 12 Idioma del hogar \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Zip Code \_\_\_\_\_ Correo electrónico del padre \_\_\_\_\_

Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Tel. del hogar \_\_\_\_\_ Tel. de día \_\_\_\_\_

Nombre para emergencias \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre para emergencias \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia \_\_\_\_\_ Médico del estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### Nombre del curso Número del curso

Sesión AM \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sesión PM \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PARA REPETIR O  POR CRÉDITO ORIGINAL

Aprobación del Consejero (el certificado de notas debe anexarse con la clase resaltada)

### INFORMACIÓN ADICIONAL

<p>¿Tiene su estudiante alguna condición física significativa o problema de salud?</p> <p><input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Epilepsia <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Alergia <input type="radio"/> Otra</p> <p>(Hable con la enfermera de la escuela para continuar con este cuidado) _____</p> <p>¿Se requiere suministrar medicinas durante el tiempo de instrucción?</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>¿Recibe su estudiante algún servicio o programa especial con Educación Especial?</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Si respondió Sí, especifique el programa _____</p>	
---	--

He leído todas las expectativas y requisitos listados en el folleto de la Escuela de Verano (por favor firme abajo)

(Firma del estudiante)

(Firma del padre/tutor)

(Fecha)