



Early Excellence Program of Denver
 Información de la Familia

Información familiar Llene solo una por familia

Por favor proporcione verificación de domicilio —un vil de utilidades, agua, o cable, contrato de renta, vil de venta etc.

Teléfono de casa: _____

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección de envío (si es diferente): _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Padre/Guardián que reside en el hogar

Padre/Guardián #1

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Teléfono de trabajo: _____ ext. _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____ Otro: _____

Padre/Guardián #2

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Teléfono de trabajo: _____ ext. _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____ Otro: _____

Niños adicionales que vivan el hogar			Relación		A qué escuela Asiste
Apellido	Nombre	Edad	Padre/Guardián #1	Padre/Guardián #2	

 Firma de Padre/ Guardián Fecha



Early Excellence Program of Denver Forma de Autorizaciones

Estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Autorizaciones:

Al firmar esta forma, Yo doy mi autorización a lo siguiente:

- 1) ¿Usted, su hijo, y otros miembros de la familia a participar en las actividades necesarias para evaluaciones?
Sí No
- 2) ¿Usted, su hijo, y otros miembros de la familia para ser fotografiado o grabado en vídeo para fines relacionados con la escuela?
Sí No
- 3) ¿Usted, su hijo, y otros miembros de la familia para ser fotografiado o grabado en vídeo para la publicidad de la escuela a través de la web o en los materiales impresos?
Sí No
- 4) ¿Permiso a que su hijo vea películas aptas para todo público, videos, o la televisión, si se muestra en el aula?
Sí No

Firma de Padre/ Guardián

Fecha

Pólizas y Procedimientos - Declaración por escrito

Al firmar abajo, confirmo que he recibido una copia del Manual de la Familia, Pólizas y Procedimientos de Early Excellence Program of Denver.

Firma de Padre/ Guardián

Fecha



Early Excellence Program of Denver
Contactos de Emergencia

Contactos de emergencia aparte de los padres / tutores

Estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Contacto de Emergencia #1 Persona autorizada a recoger Yes No Relación al estudiante: _____

Nombre: _____
Apellido Nombre

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

Dirección: _____

Contacto de Emergencia #2 Persona autorizada a recoger Yes No Relación al estudiante: _____

Nombre: _____
Apellido Nombre

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Contacto de Emergencia #3 Persona autorizada a recoger Yes No Relación al estudiante: _____

Nombre: _____
Apellido Nombre

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Alertas Médicas / Alergias

Liste cualquier problema médico o alergias

Doctor: _____ Teléfono: _____

Dentista: _____ Teléfono: _____

Hospital: _____ Teléfono: _____

Yo autorizo, con mi firma, que si mis contactos de emergencia no pueden llegar a tiempo a recoger a mi hijo(a), el personal escolar pueden tomar decisiones en una situación de emergencia. Early Excellence Program of Denver **NO tiene seguro médico y dental para cubrir a los estudiantes**. Es entendido que todos los gastos relacionados con tratamiento médico / dental será la responsabilidad del padre o tutor. Siempre y cuando el tratamiento médico se considere necesario por el personal médico no me impongo, solo si hay prohibiciones específicas en relación con el tratamiento:

Yo doy mi consentimiento SOLO a las personas anotadas a recoger a mi hijo(a) de la escuela Early Excellence Program of Denver.

Firma de Padre/ Guardián Fecha