



Programas de Extensión del día escolar 2018-19
 en Seattle World School
Solicitud



Información del estudiante

Apellido(s): _____	Nombre(s): _____	# Identificación: _____	Grado: _____
			Genero: _____

Dirección:

 (Calle) (Ciudad/Estado/Código Postal)

Fecha de nacimiento: _____ (Mes/Dia/Año)	Numero de teléfono: _____	¿Podemos enviar un mensaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	-------------------------------------	--

Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano, Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano <input type="checkbox"/> De las Islas del Pacifico, Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿A qué escuela asistes? <input type="checkbox"/> Seattle World School <input type="checkbox"/> Preparatoria Garfield <input type="checkbox"/> Preparatoria Franklin <input type="checkbox"/> Otro: _____ País de Origen: _____ Lenguaje (s) hablados en casa: _____
--	--

¿En cuales clases se quiere inscribir? 1. _____ 2. _____ 3. _____	¿Como se ira a casa? <input type="checkbox"/> Metro (Se que autobús tomar) <input type="checkbox"/> Metro (No sé qué autobús tomar) <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Me recogerá un familiar <input type="checkbox"/> Manejo <input type="checkbox"/> Otro
---	--

Por favor llene ambos lados
 →→→→

Información del Padre/Tutor

Nombre del padre/Tutor: _____	Numero telefono del Padre/Tutor: _____
Contacto de Emergencia: <input type="checkbox"/> El mismo que el mencionado anteriormente <input type="checkbox"/> En caso de ser diferente - Nombre: _____ Número telefónico: _____	

Firmas del padre/Tutor

Permiso del padre/tutor: Apoyo el interés de mi hijo(a) en el programa de extensión del día escolar y le doy permiso de participar. Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____ Firma del estudiante (si es mayor de 18 años): _____ Fecha: _____
Autorización Medica: Como padre/tutor autorizo tratamiento médico, cirugía, cuidado de hospital y procedimientos que sean considerados inmediatamente necesarios o recomendados por el doctor para salvaguardar la salud de mi hijo (a) si yo no puedo ser contactado. Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____ Firma del estudiante (si es mayor de 18 años): _____ Fecha: _____
Autorización para tomar fotografías: Por medio de la presente doy permiso para que SWS, VFA, y organizaciones asociadas tomen fotografías/video y/o publiquen fotografías/video de mi hijo(a) para el sitio de internet y otras publicaciones (folletos, o exhibirlos en el calendario). Por favor escoja una: <input type="checkbox"/> SI, doy permiso (firme abajo) <input type="checkbox"/> NO, Yo no doy permiso (no firme) Firma del padre/Tutor: _____ Fecha: _____ (En caso afirmativo firme. Si respondió que NO, no firme.) Firma del estudiante (Si el estudiante es mayor de 18 años): _____ Fecha: _____

For office use only:

Date of entry: _____

VFAID: _____

Por favor llene ambos lados

→→→→