



Registro De OSD 2008-2009

Número de Identificación

INFORMACIÓN DE

Nombre de Estudiante	Segundo Nombre	Apellido	Número de la Seguridad Social	
Sexo	Identidad Etnica	Grado		
Fecha de Nacimiento	Crudad de Nacimiento	Estado de Nacimiento	Pais de Nacimiento	
Direction Fisico	Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono de Estudiante
Direction de Envio (si diferente)	Ciudad	Estado	Código Postal	

INFORMACIÓN DE PADRE/TUTOR

Estudiante esta Viviendo Con	Padre/Tutor(s) Legal
------------------------------	----------------------

TUTOR PRINCIPAL

Nombre de Padre/Tutor	Apellido	Relación		
Lengua Verbal/Firmado Preferida		Lenguaje Escrito Preferido		
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> ASL <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		
Direction de Envio	Ciudad	Estado	Código Postal	
Número de Teléfono de Casa	Horas de Trabajo	Número de Teléfono de Trabajo	Celular/Beeper/VP/IP #	
Padre/Tutor Correo Electronico de Casa		Correo Electronico de Trabajo		

TUTOR SECONDARIO

Nombre de Padre/Tutor	Apellido	Relación		
Lengua Verbal/Firmado Preferida		Lenguaje Escrito Preferido		
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> ASL <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		
Direction de Envio	Ciudad	Estado	Código Postal	
Número de Teléfono de Casa	Horas de Trabajo	Número de Teléfono de Trabajo	Celular/Beeper/VP/IP #	
Padre/Tutor Correo Electronico de Casa		Correo Electronico de Trabajo		

En caso de una médica o emergencia de trasporte durante la que OSD es unable contactarse con Usted, enumerar debajo de 2 contactos, además de Usted mismo, quién podría contactarlo por favor o representar a Usted en una situación de emergencia que requiere que una accion sea tomado.

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Contacto de Emergencia Principal	Lengua Verbal/Firmado Preferida		Relación
	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> ASL <input type="checkbox"/> Otro _____		
Número de Teléfono de Casa	Horas de Trabajo	Número de Teléfono de Trabajo	Número de Celular/Beeper
Contacto de Emergencia Secundario	Lengua Verbal/Firmado Preferida		Relación
	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> ASL <input type="checkbox"/> Otro _____		
Número de Teléfono de Casa	Horas de Trabajo	Número de Teléfono de Trabajo	Número de Celular/Beeper



Registro De OSD 2008-2009

Número de Identificación

DERECHO DE CONTACTO

Otras personas con el tribunal los derechos awardededs lo son:

Cualquier persona(s) con del tribunal no ordenaron "Contacto" (proveer la documentación):

Los sigientes persona(s) a quien tiene soportar el permiso de quitar a mi niño de campus durante la semana o para homegoing:

DISTRITO ESCOLAR DE CASA

Distrito Escolar Residente	Escuela Residente	Condado
----------------------------	-------------------	---------

SEGURO

Seguro del Padre	# de Grupo	I.D #
Seguro de la Madre	# de Grupo	I.D #

INFORMACIÓN MÉDICA

Alergias:
(cheque todo aplicable)

Picadura de Abeja Pescado/Cangrejo Fiebre del Heno Leche/Queso Cacahuete/Nuez Mascotas Otro

* Mi firma al final de esta página indica que mi permiso para el tratamiento médico de emergencia fuera de OSD, dio licencia a infermero auxiliary, o representante autorizado; que los costos incurridos en son me responsabilidad y que OSD puede dar a conocer la información médica al médico a cargo/hopital sobre la solicitud.

_____ Firmar con iniciales aqui sólo si Usted no coincide con esta delaración.

PERMISOS DEL ESTUDIANTE

Doy el permiso para mi niño participar en todas actividades escuela sponsored como verificar abajo.

_____ Cree una Página Web Personal (sobre el Sitio Web de OSD)	_____ Lunch Sign Out - El estudiante puede firmar el registro para la comida de medio dia (Solamente los estudiantes de los 2 últimos anos de la Prepa)
_____ Directorio del Estudiante- Incluye a padres a quienes nombres, dirección, número de telefono, y el dirección de correo electornico del padre.	_____ Viajes de estudio/Residencia de estudiantes de la escuela fuera de actividades de campus.

INFORMACIÓN DE COMUNICACIÓN MEDIA

Mi firma al final de esta página demuestra mi permiso para OSD incluir mi hijo en cualquier fotografia, el video, los boletin, boletin, página web, la grabación, o cualquier otro disco de servicios/difusión de publicación/Internet.

_____ Firmar con iniciales aqui sólo si Usted no coincide con esta delaración.

INFORMACIÓN DE AUDIOLOGICAL

Mi firma al final de esta página demuestra mi permiso para mi niño tener audiological rutinario y evaluaciones de discurso. Mi firma demostrar que

 Doy No doy (favor llenar uno)
Permiso para OSD a reparar los aparatos de mi nino que es posible.

Mi firma abajo también indica que he recibido, leído, y comprendido las policas, los procedimientos, relas, y relas contenidas en el Manual de Padres de OSD.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Hace Comentarios: _____