

Información Medica/Condiciones

¿Su hijo/a tiene alguna condición especial o necesita atención especial? Si No

Si marco "Si", por favor de explicar: _____

¿Su hijo/a sufre de alguna alergia? Si No

Si marco "Si", por favor de explicar: _____

¿Su hijo/a toma algún medicamento? Si No

Si marco "Si", por favor explique y liste los medicamentos: _____

¿Su hijo/a tiene alguna discapacidad? Si No

Si marco "Si", por favor de explicar: _____

Información de los Padres o Guardianes (Tutores)

Nombre del Padre : _____

Apellido

Primer (Pila)

Segundo

Religión: _____

Nombre de la Madre: _____

Apellido (Soltera)

Primer (Pila)

Segundo

Religión: _____

Información de Contacto: Dirección: _____

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Numero(s) de Telefono

Casa: (____) _____

Cel: (____) _____

Otro: (____) _____

E-Mail: _____

Firma del Padre/Tutor

Fecha