

BLACKFOOT SCHOOL DISTRICT NO. 55

270 EAST BRIDGE BLACKFOOT ID 83221 (208) 785-8800

STUDENT INFORMATION: GRADE: _____ GENDER (M/F): _____ SCHOOL: _____
Información del estudiante Grado Género Escuela:

STUDENT'S LAST NAME: _____ **FIRST:** _____ **MIDDLE:** _____
Apellido del estudiante Primer nombre Segundo nombre

MAIL ADDRESS: _____ **STREET ADDRESS:** _____
Dirección Domicilio

CITY: _____ (IDAHO) **ZIP:** _____ **PHONE:** _____
Ciudad Código postal Número de teléfono

BIRTHDATE: _____ **BIRTHPLACE:** _____
Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento

NAME OF LAST SCHOOL ATTENDED: _____ **ADDRESS:** _____
Nombre de la escuela anterior Dirección

CITY: _____ **STATE:** _____ **ZIP:** _____ **WITHDRAWAL DATE:** _____
Ciudad Estado Código postal Fecha de retiro

HAS STUDENT PREVIOUSLY ATTENDED SCHOOL IN THE BLACKFOOT SCHOOL DISTRICT? (Y/N): _____
¿Ha asistido el estudiante anteriormente al distrito de Blackfoot? (si/no)

PARENT/GUARDIAN INFORMATION:

Información de los padres/guardián

CHILD LIVES WITH: BOTH PARENTS MOTHER ONLY FATHER ONLY JOINT CUSTODY MOTHER/STEP FATHER FATHER/STEP MOTHER GUARDIAN
Estudiante vive con: madre y padre madre solamente padre solamente la custodia compartida madre/padrastro padre/madrastra custodia

LIST PARENTS/GUARDIANS LIVING AT THE ABOVE ADDRESS:

Nombre de los padres/custodia que viven en este domicilio

NAME OF PARENT/GUARDIAN: _____ **E-MAIL:** _____ **CELL #:** _____
Nombre del padres: E-mail: Teléfono/cell:

RELATIONSHIP TO STUDENT: _____ **Employer & Employer Address:** _____ **WORK #:** _____
Relación de estudiante: Empleo del padre & Dirección: Teléfono:

NAME OF PARENT/GUARDIAN: _____ **E-MAIL:** _____ **CELL #:** _____
Nombre del padres: E-mail: Teléfono/cell:

RELATIONSHIP TO STUDENT: _____ **Employer & Employer Address:** _____ **WORK #:** _____
Relación de estudiante: Empleo del padre & Dirección: Teléfono:

LIST ANY PARENTS/GUARDIANS LIVING AT A DIFFERENT ADDRESS (IF APPLICABLE):

Nombre de los padres/custodia que viven en otro domicilio (si es aplicable):

MAIL ADDRESS: _____ **STREET ADDRESS:** _____
Dirección Domicilio

CITY: _____ (IDAHO) **ZIP:** _____
Ciudad Código postal

NAME OF PARENT/GUARDIAN: _____ **E-MAIL:** _____ **CELL #:** _____
Nombre del padres: E-mail: Teléfono/cell:

RELATIONSHIP TO STUDENT: _____ **Employer & Employer Address:** _____ **WORK #:** _____
Relación de estudiante: Empleo del padre/Dirección: Teléfono:

NAME OF PARENT/GUARDIAN: _____ **E-MAIL:** _____ **CELL #:** _____
Nombre del padres: E-mail: Teléfono/cell:

RELATIONSHIP TO STUDENT: _____ **Employer & Employer Address:** _____ **WORK #:** _____
Relación de estudiante: Empleo del padre/Dirección: Teléfono:

EMERGENCY CONTACTS:

Información en caso de emergencia:

EMERGENCY CONTACT #1: NAME: _____ RELATIONSHIP: _____ PHONE: _____
Contacto de emergencia #1: Nombre: Relación: Teléfono/cell:

EMERGENCY CONTACT #2: NAME: _____ RELATIONSHIP: _____ PHONE: _____
Contacto de emergencia #2: Nombre: Relación: Teléfono/cell:

NAME OF STUDENT: _____

Nombre de estudiante:

AFTER SCHOOL CARE (IF APPLICABLE):

Después de la escuela el alumno se irá con:

NAME: _____ ADDRESS: _____ PHONE: _____
Nombre: Dirección: Teléfono:

Have you moved in the last year for Ag Employment? Yes or No

¿Se ha mudado en el último año en busca de empleo agrícola? Sí o No

SPECIAL PROGRAMS

Programas especiales:

Has this student ever been enrolled in any of the following? If yes, complete below. If no, skip to the Medical Information Section.

¿Ha sido registrado su hijo/hija en cualquiera de los programas siguientes? Si es así complete la sección siguiente, por favor. Si no, pase a la sección médica.

SPEC ED	504	GIFTED/TALENTED	SPEECH/HEARING	LEP/MIGRANT
<i>Educación especial</i>	<i>504</i>	<i>Programa de alumnos sobredotados</i>	<i>Habla/Escucha</i>	<i>Inglés como segundo idioma/migrante</i>

What grade(s)? _____ What school(s)? _____
¿En cuál(es) grado(s)? ¿En cuál(es) escuela(s)?

Does this student have an IEP? _____

¿Este estudiante tiene un IEP?

COMMENTS: _____

Comentarios

MEDICAL INFORMATION AND EMERGENCY HEALTH ON THIS STUDENT:

Información de emergencia y salud:

DOES YOUR CHILD HAVE MEDICAL/HEALTH CONDITIONS OF WHICH THE SCHOOL SHOULD BE AWARE? (PLEASE EXPLAIN BELOW)

¿Tiene su hijo/hija condiciones de salud por las cuales la escuela debe ser enterada? (Por favor explique en la parte de abajo.)

DOES YOUR CHILD NEED TO TAKE ANY MEDICATION DURING THE SCHOOL DAY? (PLEASE LIST MEDICATION BELOW)

¿Necesita tomar su hijo/hija medicina durante el día escolar? (Por favor escriba todos los medicamentos en la parte de abajo.)

I HEREBY AUTHORIZE ANY HOSPITAL, LICENSED PHYSICIAN, AND/OR MY CHILD'S PERSONAL PHYSICIAN TO ADMINISTER EMERGENCY TREATMENT TO

Autorizo a cualquier hospital, o médico recibido, y/o el médico de mi hijo/hija que administre tratamiento de emergencia a mi hijo/hija en caso

MY CHILD IN CASE OF ACCIDENTAL INJURY OR SUDDEN ILLNESS. THIS AUTHORIZATION IS VALID ONLY IF I CANNOT BE REACHED PERSONALLY.

de heridas accidentales o enfermedad repentina. Esta autorización sólo es válida en el caso de que no me encuentren personalmente.

MY CHILD'S PHYSICIAN IS: _____ CLINIC: _____ PHONE: _____
Nombre del médico de mi hijo/hija: Clínica: Teléfono:

PARENT SIGNATURE: _____

Firma del padre/madre: