



STUDENT INFORMATION FORM 2024-2025

Please read and complete this form accurately.

Por favor lea y complete este formulario acertadamente.

Student's Name <i>Nombre completo del Estudiante</i>	
Current Address <i>Dirección actual</i>	
City, State, ZIP <i>Ciudad, Estado, Código postal</i>	
Mother's Name <i>Nombre completo de la Madre</i>	
Mother's Cell <i>Número de teléfono de la Madre</i>	
Mother's Email <i>Correo electrónico de la Madre</i>	
Father's Name <i>Nombre completo del Padre</i>	
Father's Cell <i>Numero de telefono del Padre</i>	
Father's Email <i>Correo electrónico del Padre</i>	

EMERGENCY AND PICK- UP CONTACTS
CONTACTOS DE EMERGENCIA Y RECOGIDA

Contact #1 <i>Contacto #1</i>	Name/ <i>Nombre:</i> Relation/ <i>Relación:</i> Cellphone/ <i>Celular:</i>
Contact #2 <i>Contacto #2</i>	Name/ <i>Nombre:</i> Relation/ <i>Relación:</i> Cellphone/ <i>Celular:</i>
Contact #3 <i>Contacto #3</i>	Name/ <i>Nombre:</i> Relation/ <i>Relación:</i> Cellphone/ <i>Celular:</i>

SPECIAL HEALTH NEEDS
NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD

Does your child have any allergies?/*¿Su hijo tiene alguna alergia?:* YES____ NO ____

If yes, please explain/*De ser asi, explique:*_____

Does your child have any asthma?/*¿Su hijo tiene asma?:* YES____ NO ____

If yes, please explain the treatment/*De ser asi, explique el tratamiento:*_____

Does your child have any medication needs?/*¿Su hijo necesita alguna medicina?:* YES____ NO ____

If yes, please explain/ *De ser asi, explique:*_____

*****A Medication Form MUST be filled out, signed by a physician and given to the school office before ANY medications can be given to a student. / Una autorización médica DEBE ser diligenciada, firmada por un médico y traída a la oficina del colegio antes de que CUALQUIER medicina sea dada al estudiante.**

In case of accident or serious illness, I request the school to contact me or any of the emergency contacts provided. If the school is unable to reach me or them, I hereby authorize the school to call the physician indicated below to follow his/her instructions. If it is impossible to contact this physician, the school may make whatever arrangements seem necessary.

En caso de un accidente o una enfermedad grave, solicitó que la escuela se comunique conmigo o alguno de los contactos de emergencia provistos. Si la escuela no puede comunicarse conmigo o ellos, autorizo a la escuela a llamar al médico indicado a continuación para seguir sus instrucciones. Si es imposible comunicarse con este médico, la escuela puede hacer los arreglos necesarios.

Physician's Name/*Nombre del proveedor médico;*

Address/*Dirección:*

Office Number/*Número del consultorio médico:*

Preferred Hospital/*Hospital de preferencia:*

My signature below indicates my authorization for the School to take whatever necessary action for my child's health in the event of an accident or serious illness, if it is impossible to contact me, any of the emergency contacts or my child's physician/*Mi firma a continuación indica mi autorización para que la Escuela tome las acciones que considere necesarias en pro de la salud de mi hijo, en caso de accidente o enfermedad grave, si es imposible contactarme a mi, a alguno de los contactos de emergencia o al doctor de mi hijo/a.*

Signature/*Firma* _____ Date/*Fecha* _____

DECLARATION
DECLARACIÓN

All the above information is accurate/*Toda la información anterior es correcta:*

Parent Signature/*Firma* _____

Date/*Fecha* _____