

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES

Información del niño			
Nombre del niño		Nombre preferido:	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Género:	
		Masculino Femenino	
Grado escolar para 2026-2027:		Última escuela a la que asistió:	
Domicilio:			
La fe del niño:			Bautizado: Sí No
Origen étnico (Opcional): ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino		Raza (Opcional – Seleccione todas las que correspondan): ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Blanco	
Estudiante vive con(encierra en un círculo una opción)			
Ambos padres	Madre	Padre	Tutor legal/Otro

Información para padres		
Nombre completo del padre:		Empleador del padre:
Teléfono móvil:	Teléfono del trabajo:	Teléfono de casa:
Domicilio:		
Correo electrónico:		

Nombre completo de la madre:		Empleador de la madre:	
Teléfono móvil:	Teléfono del trabajo:	Teléfono de casa:	
Domicilio:			
Correo Electrónico:			

Hermanos	
Nombre:	Edad:
Nombre:	Edad:
Nombre:	Edad:
Nombre:	Edad:

Información de contacto de emergencia—Personas a contactar en caso de emergencia si no podemos localizarle.		
Nombre:	Número de teléfono:	Relación:
Nombre:	Número de teléfono:	Relación:

Preguntas		
1. ¿Tiene alguien más permiso para recoger a su hijo/a de la escuela? Por favor, indique quiénes son.	Sí	No
2. ¿Su hijo tiene alguna discapacidad física, limitaciones, alergias u otras condiciones médicas que el personal escolar debería conocer? Si es así, por favor, enumérelas.	Sí	No
3. Doy mi permiso para que la Escuela Católica San Pedro utilice la fotografía de mi hijo para promocionar la escuela, ya sea en las redes sociales, periódicos, folletos, sitio web de la escuela o boletines informativos.	Sí	No
4. ¿Tiene su hijo alguna restricción alimentaria? De ser así, indíquese a continuación...	Sí	No

Administración de medicamentos I

☐ Sí ☐ No

Doy permiso a la escuela para que administre medicamentos sin receta a mi hijo cuando sea necesario.

Iniciales del padre/tutor: _____

**Enumere cualquier alergia o restricción relacionada con estos medicamentos:

**Tylenol para niños
(paracetamol)**

☐ Sí ☐ No

**Ibuprofeno para niños
(Motrin)**

☐ Sí ☐ No

**Benadryl para niños
(alergia)**

☐ Sí ☐ No

**Antibiótico
tópico
(neosporina)**

☐ Sí ☐ No

Administración de medicamentos II

☐ Mi hijo no necesita medicación en la escuela.

☐ Mi hijo podría necesitar medicación durante la jornada escolar. Entiendo que:

- Se requiere un formulario de autorización de medicamentos completo
- Los medicamentos deben ser proporcionados por un padre/tutor (por ejemplo: medicamentos recetados)
- Todos los medicamentos deben estar debidamente etiquetados y administrados de acuerdo con la política escolar.

Medicamentos de emergencia (si corresponde):

☐ Inhalador

☐ EpiPen

☐ Otro: _____

Autorizo al personal de la escuela a administrar medicamentos a mi hijo según lo prescrito y de acuerdo con la política escolar.

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____