



**Distrito Escolar Unificado de Santa Paula
Programa A.S.P.I.R.E.**

Office Use only:

- McKinney Vento
- Academics
- Employment

Start Date: _____

Forma de Registro

Nombre _____ Escuela _____ Fecha de Nacimiento _____

Grado (2019/20) _____ Sexo _____ Domicilio _____

Nombre de Madre/Tutor _____

Nombre y Domicilio de Empleador _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de Trabajo _____ Teléfono de Celular _____

Nombre de Padre/Tutor _____

Nombre y Domicilio de Empleador _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de Trabajo _____ Teléfono de Celular _____

Vive con (Circule Uno): Padre Madre Ambos Otro: _____

*¿Tiene usted documentos oficiales de custodia, acuerdos para recoger/levantar de la escuela o ordenes de restricciones? Si/No
Si usted tiene documentos oficiales favor de entregar una copia al Coordinador del programa.*

Otros hermanos que serán inscritos al programa: _____

Educación Especial: No Si RSP _____ SDC _____ Terapia del habla _____ Otro _____

Contactos Para Recoger:

Solamente los padres y las siguientes personas están autorizados para recoger a mi hijo/a del programa. Necesita proveer números de teléfono para cada persona. La persona necesita tener por lo menos 18 años de edad, para poder recoger al estudiante.

Contacto (1) _____ Teléfono _____ Relación _____

Contacto (2) _____ Teléfono _____ Relación _____

Contacto (3) _____ Teléfono _____ Relación _____

Yo aserto que la información proveído es correcta. Yo entiendo que se hará todo lo necesario para la seguridad y bien estar de todos los estudiantes, y en caso de emergencia seré notificado lo más pronto posible. En caso de emergencia y que no pueda ser contactado, yo autorizo transportación a un instituto médico y/o la llamada a un doctor para proveer atención medica, bajo mi responsabilidad y costo.

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____