



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO MIAMI-DADE

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EL PROGRAMA DE ENRIQUECIMIENTO ESCUELAS INTERMEDIAS

ESCUELA: _____ CURSO ESCOLAR 20____ - 20_____

NOMBRE DE LA CLASE: _____ FECHA DE INSCRIPCIÓN: _____

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL 2º NOMBRE	PROFESOR DEL AULA	GRADO
EDAD	FECHA DENACIMIENTO	SEXO M F	ORIGEN ÉTNICO A B H I M W		# DE ID DEL ESTUDIANTE	
DIRECCIÓN DE CASA		CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DE CASA ()		
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR		DIRECCIÓN	TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO DEL TRABAJO	TELÉFONO MÓVIL	
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR		DIRECCIÓN	TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO DEL TRABAJO	TELÉFONO MÓVIL	
CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE, MADRE O TUTOR			CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE, MADRE O TUTOR			
CONTACTO DE EMERGENCIA DIFERENTE AL DE LOS PADRES		NO. DE TELÉFONO		RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE		
CONTACTO DE EMERGENCIA DIFERENTE AL DE LOS PADRES		NO. DE TELÉFONO		RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE		
NOMBRE DE OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL ESTUDIANTE			ARREGLOS PARA LA SALIDA DEL ESTUDIANTE			
EN CASO DE QUE NADIE PUEDA SER CONTACTADO, DOY PERMISO PARA QUE MI HIJO/HIJA RECIBA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA .						SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SI MARCO "NO" EN LA CASILLA ANTERIOR, PROPORCIONE UN PROTOCOLO A SEGUIR.						
NECESIDADES ESPECIALES/INSTRUCCIONES						
HERMANOS EN EL PROGRAMA						
FIRMA DEL PADRE/TUTOR			FECHA			

FM-6496S Rev. (04-22)

TODAS LAS SECCIONES DE ESTE FORMULARIO DEBEN COMPLETARSE ANTES DE LA ADMISION AL PROGRAMA

FIRMA _____ DIRECTOR/APCE/ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA FECHA _____