

Formulario de Matriculación

Favor de llenar un formulario separado para cada niño(a) que quiera enlistar en este programa de Out of School (ACE) de Levelland ISD.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Postal _____
 Escuela de su niño(a) _____ Grado _____ Maestra _____

PADRE/GUARDIAN LEGAL(nombre) _____

DIRECCION (calle) _____ (ciudad/estado) _____ (postal) _____

EMPLEADOR _____ (número de trabajo) _____

CONTACTO (número de casa) _____ (número de celular) _____

(Correo electrónico) _____

MARQUE UNA "X" EN CUAL MANERA PREFERE SER CONTACTADO:

(número de casa) _____ (número de trabajo) _____ (número de celular) _____ (correo electrónico) _____

MADRE/GUARDIAN LEGAL(nombre) _____

DIRECCION (calle) _____ (ciudad/estado) _____ (postal) _____

EMPLEADOR _____ (número de trabajo) _____

CONTACTO (número de casa) _____ (número de celular) _____

(Correo electrónico) _____

MARQUE UNA "X" EN CUAL MANERA PREFERE SER CONTACTADO:

(número de casa) _____ (número de trabajo) _____ (número de celular) _____ (correo electrónico) _____

Favor de marcar el cuadrado que indique como su niño(a) será transportado despues del programa de Out of School (ACE).

Mi niño(a) montará el autobus designado por la escuela despues del programa de ACE.

Dirección para el autobus: _____

Mi niño(a) será levantado por yo mismo o alguien que yo apunte (como declarado en el contacto de emergencia).

Otro _____

* *Necesidades/Instrucciones especiales (ser específico, i.e. alergias, medicamentos, limitaciones, etc.):*

Contacto de emergencia (nombre y número) _____

(DEBE SER OTRA PERSONA NO ENLISTADA ARRIBA)

Firma de padre/guardián _____ Fecha _____

(esta firma es para participación en el programa)