



ACADEMIA DE VERANO DE ROSLYN
Formulario de Contacto de Emergencia

Abierto para todos los estudiantes que residen en el Distrito Escolar de Roslyn que han completado un grado desde del kinder hasta el 8 grado. El programa y servicio de transporte son gratis.

29 de Junio – 24 de Julio
8:30 am – 12:30 pm
(No hay clases el jueves, 4 de julio)

Utilice un formulario para cada niño
Por favor, entregue este formulario antes de 22 de mayo

Nombre del Estudiante: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Código Postal

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Género: Masculino Femenino
Día Mes Año

Escuela Actual & Grado (Sept. 201**9** – Junio 20**20**)

- Heights School – Grado _____ East Hills School – Grado _____
 Harbor Hill School – Grado _____ Roslyn Middle School – Grado _____
 Otra Escuela: _____

Escuelas Privadas: Indique aquí si Roslyn ha proveído el servicio de transporte sí___ no___

- Se requiere prueba de residencia en el Distrito Escolar de Roslyn PARA ESTUDIANTES QUE ASISTEN A ESCUELAS PRIVADAS/PARÓQUIALES (Se necesitan 3 documentos originales – ej. renta/arrendamiento, hipoteca, facturas/recibos de un servicio).
- La inscripción está limitada solo para 300 estudiantes.
- Se requiere un formulario separado para cada niño.
- La información de emergencia debe ser completada al respaldo de este formulario.
- La Academia de Verano de Roslyn está supeditada a la aprobación exitosa del presupuesto del distrito escolar para 2020-21 el 19 de mayo de 2020.

Permiso para los viajes:

Firma de Padre(s) Requerida:

Yo le doy permiso a mi hijo(a) para asistir a todos los viajes auspiciados por la Academia de Verano de Roslyn.

Enviar a:

Roslyn Summer Academy
Carol Murphy, Principal
c/o Roslyn High School
475 Round Hill Road
Roslyn Heights, NY 11577

POR FAVOR: Complete la información de emergencia en el respaldo de este formulario. →



ACADEMIA DE VERANO DE ROSLYN
Información en caso de emergencia/
Formulario de contacto en caso de emergencia

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRADO ACTUAL JUNIO 2020: _____

Contacto 1: _____ Contacto 2: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Número del Celular: _____ Número del Celular: _____

Correo Electrónico: _____ Correo Electrónico: _____

¿Este niño(a) tendrá un(a) hermano(a) en este programa este año? ____ Sí ____ No

Nombre(s): Grado actual completado en 2020:

1. _____

2. _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA – En caso que no podamos contactarlo(a), por favor indique los nombres de 2 personas autorizadas que podamos contactar.

1. Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

2. Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Historia médica: _____

ALERGIAS A COMIDAS, POLEN, INSECTOS U OTROS: _____

MEDICAMENTOS:

Las recetas médicas deben estar adjuntas a este formulario en caso que la enfermera necesite administrar un medicamento.

Si su hijo(a) ha sido diagnosticado con asma, por favor dejar el inhalador y las indicaciones de cómo usarlo en la oficina de la enfermera.

DOCTOR DE LA FAMILIA: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

DENTISTA DE LA FAMILIA: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

(COMPLETE LOS DOS LADOS DE ESTE FORMULARIO)