

Nombre del menor _____ (M F) Fecha de nacimiento _____ Edad _____
 Apellido Primer nombre
 Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____
 Escuela _____ Maestro _____

Se requiere la siguiente información para asegurar que se cubran las necesidades de su hijo/a necesidades mientras asista a la Escuela WOLF. La información es confidencial y no estará a disposición sólo de quienes sean directamente responsables del bienestar de su hijo/a. En caso de emergencia, haremos todo lo posible por comunicarnos con el padre/individuo designado. **Para la seguridad y bienestar de su hijo/a, NINGÚN ESTUDIANTE será autorizado a asistir a la escuela sin un Formulario de Historia Médica completado y firmado.** Si su hijo/a necesita tomar medicamentos, **usted y su médico también deberán completar el formulario de autorización de medicamentos. X =Se exige firma.**

Nombre del padre/custodio _____ Relación _____

No. de teléfono particular _____ No. de teléfono del trabajo _____ No. alternativo _____

Si no pueden comunicarse con el padre/custodio en una emergencia, por favor comuníquense con:

Contacto alternativo _____ Relación _____

No. de teléfono particular _____ No. de teléfono del trabajo _____ No. alternativo _____

Médico de familia _____ Teléfono _____

Co. de seguro de salud del menor _____ No. de póliza _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Información de salud necesaria para el cuidado del menor

Por favor indique todos los problemas de salud física o mental que deben ser conocidos por el personal de la escuela, es decir, sonambulismo, epilepsia, desmayos, asma, hiperactividad, hemorragias nasales, etc. Adjunte una hoja adicional de ser necesario. Por favor sea específico.

¿El menor es alérgico a alguna comida, medicamento o picadura de insecto? (Sí No) Si indicó que 'sí', por favor especifique la naturaleza de las alergias:

¿El menor es **alérgico a las abejas**? (Sí No) ¿Alérgico a las nueces? (Sí No) ¿Lleva una "epipen" consigo? (Sí No) Posibles reacciones: _____

Fecha de última vacuna antitetánica: _____ Cirugías o enfermedades recientes _____

Adjunte una hoja adicional para incluir información sobre las alergias, las posibles reacciones o cualquier otro dato necesario.

Mi hijo/hija/el menor bajo mi custodia, posee mi permiso para asistir a la Escuela de Campo Web of Life conjuntamente con su programa escolar habitual. Mi hijo/hija/el menor bajo mi custodia goza de buena salud y yo acepto toda la responsabilidad financiera por la asistencia de mi hijo/a. EN CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA O QUIRÚRGICA, mediante el presente documento autorizo al médico seleccionado por el Director del Programa para realizar y obtener todo el tratamiento que sea apropiado y necesario para mi hijo/a/el menor bajo mi custodia.

He leído el Reglamento de Expectativas de Comportamiento y Disciplina con mi hijo/a/el menor bajo mi custodia y él/ella entiende las expectativas para los estudiantes que asisten a la Escuela de Campo Web of Life.

X Firma del padre/custodio _____ **Fecha** _____

Acepto que cualquier foto tomada de mi hijo/a o de mi persona por el personal de la Escuela WOLF u otras personas autorizadas por la escuela, o cualquier fotografía, video, escrito, material artístico y/o testimonial que sea presentado por mi hijo/a o mi persona a la escuela WOLF sea propiedad exclusiva de la escuela WOLF y que dicho material sea utilizado por la escuela WOLF a su discreción y otros autorizados por la escuela con fines de publicidad, mercadotecnia y/o promoción. Mediante el presente documento otorgo mi consentimiento para utilizar dicho material sin restricción alguna.

X Firma del padre/custodio _____ **Fecha** _____