

Kindergarten Only: Was the child in pre-school or child care? Yes _____ No _____
Was the full cost paid by you? Yes _____ No _____ What type? Headstart _____ ESE _____ Migrant _____ Other _____ Unknown _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION: Additional data is needed in case of an emergency illness of your child. The legal responsibility of medical and transportation expense incurred on behalf of your child is a parental one. If parents/guardian can't be reached, whom should we try to contact? (List two person in priority order below.)

(Name) (Relation to Student) (Address) (Phone at Work)

(Name) (Relation to Student) (Address) (Phone at Work)

Parent's/Guardian's E-Mail address _____

Family Doctor _____ Phone _____ Preference of Hospital _____ Phone _____

Student health data which should be known in an emergency: _____

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF STUDENTS FROM SCHOOL: List below the names of persons either authorized or not authorized to take your child from school during the school day. Your child will not be released to anyone not specifically authorized by you.

AUTHORIZED: _____

NOT AUTHORIZED: _____

IT IS THE PARENTS' RESPONSIBILITY to inform the school in writing of any changes in the information listed on this card.

Date: _____ Parent's Signature _____

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI-DADE

TARJETA DE DATOS DEL ESTUDIANTE

No. de la escuela	No. de identificación	Apellido del estudiante	APP	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Grado
Fecha de ingreso actual	No. de identificación de la Florida	Último apellido legal (si fuese diferente)	APP	Nombre	Segundo nombre	Sección	No. del Seguro Social del estudiante	
Origen Etnico Hispano Sí _____ No _____		(Marque todo lo pertinente) Raza: Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena de los EEUU <input type="checkbox"/> Oriundo de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/>			Lugar de nacimiento (Estado/País)			
Dirección del estudiante			Apt.	Ciudad	Código Postal	Teléfono ()		
P A D R E / M A D R E	Apellido	Nombre	Parentesco	Lugar de trabajo	Teléfono ()	TELEFONO ALTERNATIVO		
	Apellido	Nombre	Parentesco	Lugar de trabajo	Teléfono ()	TELEFONO ALTERNATIVO		
	Escuela a la que asiste		Pertenece Usted a las Fuerzas Armadas: Sí _____ No _____			No. de Tarjeta		

878-2342

LLENE LOS ESPACIOS AL DORSO

FM-2733S Rev. (02-09)

Los padres de familia y los tutores tienen el derecho de examinar las calificaciones profesionales del maestro o de los maestros de sus hijos, entre las que se encuentran sus condiciones en cuanto a la licencia, los campos de especialización de sus títulos, sus títulos de postgrado y los campos en los que están certificados. Dicho "derecho a saber" está a su disposición mediante la escuela de su hijo(a) e incluye si su hijo(a) recibe servicios proporcionados por auxiliares y, de ser así, sus calificaciones.

Solamente Kindergarten: ¿Asistió el/la niño(a) en un centro preescolar? Si _____ No _____ ¿Asumió usted el costo total? Si _____ No _____
¿Qué tipo? Headstart-Educación Especial _____ Educación migratoria _____ otro _____ Desconocido _____

INFORMACIÓN SOBRE LLAMADAS DE EMERGENCIA: Algunas veces, accidentes o enfermedades imprevistas obligan al personal a llamar a los padres y obtener permiso para trasladar al estudiante rápidamente. Se necesita información adicional en casos de enfermedades imprevistas. Los padres son responsables por los gastos médicos y de traslado de sus hijos.

Si los padres no se encuentran, ¿a quién podemos llamar? (Señale dos personas en orden de importancia).

Nombre _____ Parentesco _____ Dirección _____ Teléfono alternativo _____

Nombre _____ Parentesco _____ Dirección _____ Teléfono alternativo _____

Dirección del Correo Electrónico del padre o tutor _____

Médico de la Familia _____ Tel. _____ Hospital Preferido _____ Tel. _____

Datos Importantes Sobre la Salud del Estudiante en Casos de Emergencia: _____

AUTORIZACIÓN PARA DEJAR LA ESCUELA: Señale aquellas personas autorizadas para sacar a su hijo de la escuela. Si hay alguna persona que no está autorizada para sacar a su hijo, sírvase indicarlo: Su hijo no será entregado a ninguna persona cuyo nombre no aparezca mencionado.

PERSONAS AUTORIZADAS _____

PERSONAS NO AUTORIZADAS _____

LOS PADRES SON RESPONSABLES DE MANTENER AL DÍA LA INFORMACIÓN DE ESTA TARJETA Y NOTIFICAR CUALQUIER CAMBIO POR ESCRITO.

Fecha _____ Firma de los Padres o Tutor _____

LEKÒL LETA MIAMI-DADE COUNTY

KAT ENFÒMASYON ELÈV

NO. LEKÒL LA	NO. IDANTITE ELEV LA	NON ELÈV LA	APP	PRENON	NON BATÈM	DAT NESANS	SÈKS	ANE ESKOLÈ
DAT ANTRE KOUNYE A	NO. IDANTITE FLORID	NON LEGAL. (si li diferan)	APP	PRENON	NON BATÈM	SEKSYON	No. Sosyal Sekirite Elèv la	
ETNISITE ESPAYÒL ____ (W/N)	(Tcheke tout sa ki aplike)	RAS AMRIKEN ENDYEN <input type="checkbox"/>	BLAN <input type="checkbox"/>	NWA <input type="checkbox"/>	AZYATIK <input type="checkbox"/>	KOTE OU FÈT: (Vil)		(Eta/Peyi)
ADRÈS ELÈV LA						(Apt)	(Vil)	Kòd Postal
						Telefòn ()		
RESPONSAB	Sinyati	Premye Prenon	Relasyon	Kote Li Travay	Telefòn ()	Lot Telefòn ()		
	Sinyati	Premye Prenon	Relasyon	Kote Li Travay	Telefòn ()	Lot Telefòn ()		
	Lekòl Elèv la Kounye a		Èske ou nan sèvis Milite Wi ____ Non ____ Nimewo kat la					

878-2351

RANPLI LÒT BÒ A

FM-2733H Rev. (02-09)

Paran/gadyen gen dwa pou revize kalifikasyon pwofesyonèl pwofesè salklas pitit yo ki genyen ladann stati lisans yo, nan ki domèn yo gradye, diplòm yo resevwa lè yo gradye, e nan ki matyè yo sètifye. "Dwa pou Konnen" sa a disponib nan lekòl pitit ou a (yo) ki genyen ladann si pitit ou a ap resevwa sèvis nan men yon parapwofesyonèl e, si wi, ki kalifikasyon li genyen.

Jadendanfan sèlmon: Eske elèv lo te nan klas matènèl oubyen gadri? Wi _____ No _____
Eske se ou ki te peye tout frè a? Wi _____ No _____ Ki kalite? "Headstart" _____ "ESE" _____ "Migrant" _____ Lòt _____ Pa konnen _____

ENFOMASYON SOU KONTAK IJAN: Yo bezwen enfòmasyon adisyonèl anka ijans kote pitit ou ta malad. Depans medikal ak transpòtasyon ki ta vin fè pou pitit ou se responsablite legal paran an. Si nou pa jwenn paran/gadyen an, ki moun nou ka eseye kontakte? (Site de (2) moun anba a nan lòd priyorite).

(Non) (Relasyon ak elèv-la) (Adrès) (Telefòn nan travay)

(Non) (Relasyon ak elèv-la) (Adrès) (Telefòn nan travay)

LÈT ELEKTWONIK _____

Doktè fanmin _____ Telefòn _____ Lopital ou prefere _____ Telefòn _____

Dosye maladi ti moun-n ke nou sipoze konen: _____

OTORIZASYON POU LAGE TI MOUN-N: Lis moun ki gen otorizasyon pou vinn chèche-l lekòl. Lis non gen pa otorizè. NOU PAP REMÈT OKIN MOUN PITIT-W SI NON-N PA LA.

OTORIZE _____

PA OTORIZE _____

SE RESPONSABILITE YON PARAN POU ENFÒME LEKÒL PAR ECRIT, DE CHANJEMAN NAN ENFOMASYON KI SOU KAT LA.

Dat _____ Siyati paran _____

FM-2733H Rev. (02-09)