

Formulario de información para estudiantes del Summer Club@Needham 2024

Puede enviar su formulario completo por correo electrónico a theclub.needham@bgclaplata.org O déjelo en la oficina principal de Needham durante el horario regular de oficina escolar. Después de que terminen las clases, puede dejarlo directamente con el personal del Summer Club @Needham.

ESTE FORMULARIO ES REQUERIDO.

LOS NIÑOS NO PODRÁN ASISTIR HASTA QUE SE ENVÍE

El estado requiere una firma "húmeda", lo que significa que el formulario no es válido sin una firma manuscrita.

Recuerde informar al personal del sitio sobre cualquier cambio de número de teléfono y dirección.

ESCUELA A LA QUE ASISTE SU HIJO: _____

Complete el formulario de vacunación incluido SÓLO si su hijo NO asiste a la escuela en el Distrito Escolar de Durango.

La mejor manera de comunicarse con los padres/tutores: _____

¿Está su hijo autorizado a firmar su salida por sí mismo? _____ **Fecha:** _____

Información del estudiante:

Nombre: _____

Dirección de casa: _____

Celular del estudiante: _____ Casa: _____

Cumpleaños: _____ Grado: _____ Profesor: _____

Información del estudiante:

Nombre: _____

Dirección de casa: _____

Celular del estudiante: _____ Casa: _____

Cumpleaños: _____ Grado: _____ Profesor: _____

Información del estudiante:

Nombre: _____

Dirección de casa: _____

Celular del estudiante: _____ Casa: _____

Cumpleaños: _____ Grado: _____ Profesor: _____

Información de padres/tutores:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección de casa: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Lugar de empleo: _____

Dirección de trabajo: _____

Teléfono de trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección de casa: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Lugar de empleo: _____

Dirección de trabajo: _____

Teléfono de trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Personas (aparte de los padres/tutores) autorizadas a recoger al niño:

La ley estatal requiere que al menos una persona figure en esta sección.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia (para ser utilizado si no se puede localizar al padre/tutor):

Estos contactos deben ser locales (dentro de 60 millas de Durango).

Nombre: _____ Teléfono: _____

DIRECCIÓN: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

DIRECCIÓN: _____

Información médica:

Doctor: _____ Teléfono: _____

DIRECCIÓN: _____

Dentista: _____ Teléfono: _____

DIRECCIÓN: _____

Hospital de elección _____ Teléfono: _____

DIRECCIÓN: _____

¿Están las vacunas de su hijo al día? _____

¿El Summer Club @Nark necesita estar al tanto de cualquier necesidad física, médica, de visión y/o audición? En caso afirmativo, explíquelo porfavor:

Por favor indique cualquier alergia: _____

¿Su hijo necesita una epipen o un inhalador? _____

¿Medicamentos? _____ El Summer Club @Needham no dispensa ningún medicamento que no sean medicamentos de emergencia (epi pens, inhaladores, etc.).

Por favor indique cualquier restricción dietética: _____

¿Tiene su hijo alguna necesidad especial, un IEP o recibe apoyo adicional durante el día escolar? ____ SÍ ____ NO

En caso afirmativo, describa: _____

**Nombre del Padre de Familia /
Guardian:** _____

Firma del padre/tutor _____ **Fecha:** _____

**Nombre del Padre de Familia /
Guardian:** _____

Firma del padre/tutor _____ **Fecha:** _____

Los requisitos de licencia estatal no nos permiten aceptar firmas electrónicas en este formulario.

CERTIFICADO DE INMUNIZACIÓN DE COLORADO



COLORADO

Department of Public Health & Environment

Este formulario debe completarse junto con el formulario de información si su hijo NO asiste a una escuela del Distrito Escolar 9-R de Durango.

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Tutor: _____

Vacunas requeridas **Fecha de vacunación MM/DD/AA** **Fecha de título*DD/MM/AA**

Hepatitis B Hepatitis B							
DTaP Difteria, tétanos, tos ferina (pediátrico)							
Tdap Tétanos, difteria, tos ferina							
Td Tétanos, Difteria							
Hib Haemophilus influenzae tipo b							
Poliomielitis IPV/OPV							
Conjugado neumocócico PCV							
MMR Sarampión, Paperas Rubéola							
Sarampión							
Paperas							
Rubéola							
Varicela Varicela							

*Se debe proporcionar a la escuela un informe de título de laboratorio positivo para documentar la inmunidad.

*El área sombreada debajo de "Fecha de título" indica que un título no es una prueba aceptable de inmunidad para esta vacuna.

Vacunas recomendadas Fecha de inmunización DD/MM/AA

Virus del papiloma humano VPH							
Rotavirus							
MCV4MPSV\$ meningocócica							
Hombres B Meningococo							
Hepatitis A Hepatitis A							
gripe gripe							
COVID-19							
Otro							

Firma o sello del proveedor de atención médica: _____ **Fecha:** _____

El estudiante está al día con las vacunas requeridas para su edad (circule uno): **SÍ** **NO**

Registro de vacunación transcrito/revisado por la autoridad de salud escolar:

Firma o Sello de la Autoridad de Salud Escolar: _____ **Fecha:** _____