

Lake Elsinore USD

School Year 2015-16

Autorizacion para Entrega Emergencia

Padres/tutores, por favor encierren en un circulo y actualicen cualquier cambio a información de contacto

ID del estudiante: _____

Primera inicial: _____

Apellido : _____

Nombre legal del estudiante (acta de nacimiento o equivalente)

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	FDN	Genero	Grado	Correo electrónico
----------	--------	----------------	-----	--------	-------	--------------------

Hogar Principal

Domicilio	Ciudad	Código postal	Teléfono (mejor número de contacto)		Indique el idioma que prefiere para toda la comunicación				
			<u>Inglés</u> <u>Español</u>						
Nombre completo del contacto primario	Relación al estudiante	Orden de contacto	Tutor	Correo	Acceso al portal	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Otro teléfono	Correo electrónico
Nombre completo del contacto secundario	Relación al estudiante	Orden de contacto	Tutor	Correo	Acceso al portal	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Otro teléfono	Correo electrónico
Nombre completo de hermano 1	Nombre completo de hermano 2	Nombre completo de hermano 3	Nombre completo de hermano 4						

Otro Hogar

Domicilio	Ciudad	Código postal	Teléfono (mejor número de contacto)						
Nombre completo del contacto primario	Relación al estudiante	Orden de contacto	Tutor	Correo	Acceso al portal	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Otro teléfono	Correo electrónico
Nombre completo del contacto secundario	Relación al estudiante	Orden de contacto	Tutor	Correo	Acceso al portal	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Otro teléfono	Correo electrónico
Nombre completo de hermano 1	Nombre completo de hermano 2	Nombre completo de hermano 3	Nombre completo de hermano 4						

Contactos de emergencia/entrega no en el hogar

Nombre completo del contacto primario	Relación al estudiante	Orden de contacto	Tutor	Correo	Acceso al portal	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Otro teléfono	Email Address
Nombre completo del contacto secundario	Relación al estudiante	Orden de contacto	Tutor	Correo	Acceso al portal	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Otro teléfono	Email Address

Por favor llame a la escuela si los métodos de contacto preferidos cambian a través del año escolar.

Firma de padres/tutor (requerido):

Fecha:

Office Use Only

Entry Date:	Entered By:
Teacher:	Rm #
<input type="checkbox"/> Confidential Document on File	<input type="checkbox"/> Proof of Residence
Intra District # Date:	Inter District # Date:

***Vea el otro lado del formulario**