



Declaración de la escuela Statement from School

COMMUNITY SERVICES OFFICE	TELEPHONE NUMBER
CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	DATE

Sección 1: El cliente completa esta sección antes de llevarla a la escuela.

Mediante mi firma aquí, otorgo a la escuela permiso para completar este formulario para el Department of Social and Health Services (DSHS).

SU NOMBRE	SU FIRMA	FECHA
NOMBRE DE LA ESCUELA		
DIRECCIÓN DE LA ESCUELA	CIUDAD	ESTADO
		CÓDIGO POSTAL

Sección 2: La persona de la oficina de la escuela que está a cargo de la asistencia / matriculación completa esta sección.

A. COMPLETE LO SIGUIENTE PARA CADA ESTUDIANTE DE ESTA FAMILIA QUE ASISTE A SU ESCUELA.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	FECHA DE NACIMIENTO	HORARIO ESCOLAR (INCLUYA TAMBIÉN LOS DÍAS Y HORARIOS EXACTOS)	¿EL ESTUDIANTE ESTÁ EN CLASES DE EDUCACIÓN ESPECIAL?	¿EL ESTUDIANTE PROGRESA DE FORMA SATISFACTORIA EN LA ESCUELA?	¿FECHA EN LA QUE SE MATRICULÓ AL ESTUDIANTE?	SI EL ESTUDIANTE TIENE 16 AÑOS O MÁS, ¿CUÁL ES SU FECHA DE GRADUACIÓN PREVISTA?
		<input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Media jornada <input type="checkbox"/> Menos de media jornada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Media jornada <input type="checkbox"/> Menos de media jornada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Media jornada <input type="checkbox"/> Menos de media jornada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

B. ¿QUÉ DIRECCIÓN PARTICULAR TIENE ARCHIVADA PARA LOS ESTUDIANTES?

C. COMPLETE LO SIGUIENTE PARA LAS PERSONAS CON LAS QUE DEBE COMUNICARSE EN CASO DE EMERGENCIA.

NOMBRE	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE	DIRECCIÓN (INCLUYA LA CIUDAD Y EL CÓDIGO POSTAL)	NÚMERO DE TELÉFONO

D. SIRVASE PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN POR SI NECESITAMOS COMUNICARNOS CON USTED.

FIRMA	SU NOMBRE (CON LETRA DE MOLDE CLARA)	FECHA DE HOY
TÍTULO	NÚMERO DE TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA)	NÚMERO DE FAX