



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTE JAM 2024

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

\$60 por estudiante

PRIMER NOMBRE Y APELLIDO _____ Niño o niña? (circule uno)

Fecha De Nacimiento ___/___/___ **2023-2024** Grado _____ Escuela _____ Tamaño de Camisa _____

Medicaciones/Alergias _____

PRIMER NOMBRE Y APELLIDO _____ Niño o niña? (circule uno)

Fecha De Nacimiento ___/___/___ **2023-2024** Grado _____ Escuela _____ Tamaño de Camisa _____

Medicaciones/Alergias _____

PRIMER NOMBRE Y APELLIDO _____ Niño o niña? (circule uno)

Fecha De Nacimiento ___/___/___ **2023-2024** Grado _____ Escuela _____ Tamaño de Camisa _____

Medicaciones/Alergias _____

(para estudiantes adicionales, por favor imprime otra forma)

¿Qué idioma(s) habla(n) su(s) hijo(s)? _____

INFORMACION DE PADRE/GUARDIAN

NOMBRE _____ Relacion _____

Telefono _____ Telefono Alternativo _____

Direccion _____ Ciudad/Estado/Codigo Postal _____

Dirreccion de Envio _____ Ciudad/Estado/Codigo Postal _____

Correo Electronico _____

Continue a la siguiente pagina.

Informacion de Contacto de Emergencia

Contacto de Emergencia _____ Relacion _____ Telefono _____

Contacto de Emergencia _____ Relacion _____ Telefono _____

Elegible para lonche gratis/reducido? Si No

En firmar abajo, yo:

- A) Autorizo que mi niño(s) sea fotografiado, grabado, y/o digitalmente grabado para cualquier proposito para las operaciones diarias de JAM. Entiendo que estas fotos pueden ser usadas para propósitos de comercialización, publicidad, o promociones.
- B) Doy permiso para el personal de JAM comunicarse con el maestro de mi niño(s).
- C) Estoy de acuerdo que mi niño(s) pueda asistir los viajes de JAM. No haré a JAM responsable por cualquier accidente que pueda ocurrir.
- D) Estoy de acuerdo y doy permiso a JAM que obtenga tratamiento medico para mi niño(s) y no los tendre obligados o financieramente responsables por cualquier lesion o tratamiento que quiza suceda.

Firma de los padres: _____

Fecha: _____

Transportación

- 1. ¿Va necesitar transporte su niño? Si _____ No _____ PM (solamente) _____ (Si puso no, pare aqui)
- 2. Estan sus hijos inseribidos en el Sistema de Autobuses de Durham para este año escolar? Si _____ No _____

Dirección AM _____ Dirección PM _____

**El pago debe acompañar este registro. Aceptamos efectivo, cheque o giro postal.
Devuelva el registro por correo a: Brenham Next PO Box 361, Brenham, TX 77834**

O

Deje en nuestras oficinas (ubicadas en Redeemer Church) en 2111 S Bluebell Rd. Brenham, TX 77833

Busca las cajas naranjas en el corredor

Autorización Para Tratamiento Medico

JAM 2024

Por favor llene este formulario **para cada niño** que asistirá a JAM 2024.

Nombre del niño completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Padre: _____ Teléfono: _____

¿Su hijo tiene asma? Si No

***Si es asi, su hijo carga su propio inhalador? Si No**

***Si es asi, sabe su hijo como usar lo independientemente? Si No**

¿Su hijo carga un Epi-Pen?

***Si es asi, su hijo sabe usar lo? Si No**

Los empleados de JAM no distribuyen medicamentos de ningún tipo a los niños. Si su hijo sufre de reacciones alérgicas severas y necesita tener un Epi-Pen o tiene asma y requiere un inhalador, **favor de tener una nota firmada de su doctor que dice que pueden administrar el medicamento solos.** Brenham Next y JAM no serán responsables de administrar el medicamento.

¿Tiene su hijo alguna reaccion a comida o cualquier otra cosa que deberiamos saber? (Favor de nombrar)

¿Su hijo toma alguna medicación a diario que debamos saber? Yes No

(Por favor nombre medicacion, dosis, y razon de tomar)

¿Hay alguna información adicional que le gustaría compartir con nosotros sobre este niño?

Información del Seguro

Doctor Primario: _____ Teléfono: _____

Proveedor de Seguro: _____ Número del Seguro: _____

Yo, _____, doy permiso al personal medico seleccionado por el director de la Academia JAM y el personal de Brenham Next para brindar atención médica de rutina; administrar medicamentos, ordenar radiografías, exámenes de rutina, tratamiento, divulgar los registros necesarios para los fines del Seguro y proporcionar y organizar el transporte relacionado necesario para mi hijo. En caso de que no se pueda comunicar con usted en caso de emergencia, doy permiso al médico seleccionado por el director de la Academia JAM para asegurar y administrar el tratamiento, incluida la hospitalización, para el niño mencionado anteriormente.

Nombre Impreso

Relación

Firma

Fecha