



Student Information Form

Student Name: _____ Grade: _____ D.O.B.: _____

Address: _____

City/State/Zip: _____

Parent/Guardian: _____

Phone #: _____ Email: _____

Parent/Guardian: _____

Phone #: _____ Email: _____

Child resides with: _____

The following people are allowed to pick up and may be contacted in case of emergency.

Name	Relation to student	Phone
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Does your child have any allergies? _____ Allergies: _____

Does your child have asthma? _____

Does your child take any medications? _____ Medications: _____

Any other health concerns: _____

Doctor's Name: _____ Phone #: _____

Medical Release

When a child is seriously sick or injured, parents and emergency contacts will always be called. If there is a need for immediate medical attention, the school will call the Fire Department & the injured child will be taken to the nearest approved hospital. The parents/guardians assume financial responsibility for any diagnosis/treatment and/or for medication deemed necessary.

Release of Information

The school and its agents have permission to confer and exchange academic and clinical records and communications with the last school that my child(ren) attended. This information may be used for the purpose of instituting and reviewing an educational plan, coordinating school services, and ensuring the safety of the student and the school. This agreement is valid from when it is signed below until the date the student transfers or graduates from the school. This authorization may be revoked at any time prior to that date upon written request to the principal.

Your signature indicates that you understand and approve the procedures above and the information on this form.

Parent/Guardian Signature

Date

Setting a Foundation for Life.

2446 N. Ridgeway * Chicago, IL 60647 * 773-342-0170 * www.olgchicago.org



Formulario de información del estudiante

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ D.O.B .: _____

Dirección: _____

Código postal: _____

Tutor: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Tutor: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

El niño reside con: _____

Las siguientes personas pueden recoger y pueden ser contactadas en caso de emergencia.

Nombre	Relación con el estudiante	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Tu hijo tiene alguna alergia? _____ Alergias: _____

¿Su hijo tiene asma? _____

¿Toma su hijo algún medicamento? _____ Medicamentos: _____

Cualquier otro problema de salud: _____

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____

Lanzamiento médico

Cuando un niño está gravemente enfermo o lesionado, siempre se llamará a los padres y a los contactos de emergencia. Si existe la necesidad de atención médica inmediata, la escuela llamará al Departamento de Bomberos y el niño herido será llevado al hospital aprobado más cercano. Los padres / tutores asumen la responsabilidad financiera de cualquier diagnóstico / tratamiento y / o medicamento que se considere necesario.

Liberación de información

La escuela y sus agentes tienen permiso para conferir e intercambiar registros académicos y clínicos y comunicaciones con la última escuela a la que asistieron mis hijos. Esta información puede usarse con el propósito de instituir y revisar un plan educativo, coordinar los servicios escolares y garantizar la seguridad del estudiante y la escuela. Este acuerdo es válido desde que se firma a continuación hasta la fecha en que el estudiante se transfiere o se gradúa de la escuela. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento antes de esa fecha previa solicitud por escrito al director.

Su firma indica que comprende y aprueba los procedimientos anteriores y la información en este formulario.

Firma del padre / tutor

Fecha

Setting a Foundation for Life.

2446 N. Ridgeway * Chicago, IL 60647 * 773-342-0170 * www.olgchicago.org