

## 2018 Información del estudiante



Por favor emprima:

Esquela Nombre \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Edad del Estudiante \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Grado escolar al tiempo de la registracion \_\_\_\_\_

**Raza (esta información es un requisito) \_\_\_\_\_ (blanco, africo-americano, hispano/latino, Indio americano o nativo de Alaska, asiático o nativo del las isla del pacifico, otro)**

### Información del padre/guardián

Nombre de Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Numero de los padres/guardiánes \_\_\_\_\_

(###-###-####)

El niño/nina tiene permiso para participar en el examen dental gratis durante el evento

\_\_\_ Si\* \_\_\_ No

**\*Por favor, complete el documento de consentimiento para el examen dental y asegurese de que su nino lo trae el dia del evento. Sin el documento de consentimiento, no se proveera ningun servicio dental.**