

Solo para uso escolar.



2019 Información del estudiante

Por favor imprima:

Esuela 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)

El estudiante ha cumplido con las pautas de ingresos federales y / o es categóricamente elegible para el programa de almuerzo gratuito o reducido _____ Si

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.**