

**Solo para uso escolar.**



## 2024 Información del estudiante

Por favor imprima:

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

Nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

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

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

**Raza (esta información es un requisito) \_\_\_\_\_ (blanco, africano-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 \_\_\_\_\_

Codigo postal \_\_\_\_\_ correo electronico \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ No

**\*Por favor, firme el documento dental si no desea que so hijo/a participe el examen servicio dental.**