



## 21<sup>st</sup> siglo beca inscripción formulario

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ FECHA DE EMPIESO \_\_\_\_\_

STUDENT ID #. \_\_\_\_\_

GRADO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

QUE viven niños con: Ambos padres  madre  padre  otros

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIÁN PRIMARIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO. \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_ CELL PHONE: \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO CÓDIGO POSTAL: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

TRABAJO: \_\_\_\_\_ TELEFONO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE OTROS PADRES: \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CELLULAR PHONE: \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO CÓDIGO POSTAL: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO : \_\_\_\_\_

TRABAJO: \_\_\_\_\_ TELEFONO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

CONTACTOS DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO DE FAMILIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS MÉDICOS DEBEMOS SER CONSCIENTES DE (ALERGIAS, ETC ): \_\_\_\_\_

NOMBRES DE PERSONAS, QUE NO SEAN LOS PADRES, A QUIEN SU HIJO SE PUEDE LIBERAR:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HERMANOS MATRICULADOS EN EL PROGRAMA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMANDO MÁS ABAJO, POR ESTE MEDIO ESTOY DE ACUERDO EN ACATAR LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA.**

FIRMA: NOMBRE EN IMPRENTA \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

### USO DE LA ESCUELA

FECHA de registro \_\_\_\_\_ retirado del programa fecha \_\_\_\_\_



# 21<sup>st</sup> Century Grant Registration Form

NAME: \_\_\_\_\_ STARTING DATE: \_\_\_\_\_

STUDENT ID # \_\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_\_ D O.B. \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_

WHO DOES CHILD LIVE WITH: BOTH PARENTS  MOM  DAD  OTHER

NAME OF PRIMARY PARENT/GUARDIAN \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_ CELL PHONE: \_\_\_\_\_

CITY, STATE ZIP: \_\_\_\_\_ EMAIL ADDRESS: \_\_\_\_\_

WORKPLACE: \_\_\_\_\_ WORK PHONE: \_\_\_\_\_

NAME OF OTHER PARENT/GUARDIAN: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_ CELL PHONE: \_\_\_\_\_

CITY, STATE ZIP: \_\_\_\_\_ EMAIL ADDRESS: \_\_\_\_\_

WORKPLACE: \_\_\_\_\_ WORK PHONE: \_\_\_\_\_

EMERGENCY CONTACTS \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

FAMILY DOCTOR'S NAME: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

MEDICAL CONCERNS WE SHOULD BE AWARE OF (ALLERGIES, ETC.): \_\_\_\_\_

NAMES OF PERSONS, OTHER THAN PARENTS, TO WHOM YOUR CHILD MAY BE RELEASED:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SIBLINGS ENROLLED IN THE PROGRAM:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**BY SIGNING BELOW, I HEREBY AGREE TO ABIDE BY THE TERMS AND CONDITIONS OF THE PROGRAM.**

SIGNATURE: \_\_\_\_\_ PRINT NAME: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

<b>SCHOOL USE ONLY</b>	
REGISTRATION DATE: _____	WITHDRAWN FROM PROGRAM DATE: _____