



Blochman Union School District

BENJAMIN FOXEN ELEMENTARY SCHOOL

4949 Foxen Canyon Road
Santa Maria, CA 93454

(805) 937-1148 FAX (805) 937-2291

Formulario de inscripción al programa Despues del Programa Escolar de ELO

Información del estudiante (POR FAVOR IMPRIMA)

Nombre legal completo: _____ Género: M o F

Nivel de grado actua(2025): TK K 1 2 3 4 5 6 Fecha de nacimiento: _____

Padre/Tutor: _____ Relación: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Padre/Tutor: _____ Relación: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Otros familiares que
asisten: _____

Información de salud

Contacto de emergencia: _____

Relación: _____

Mejor teléfono de contacto: _____

Teléfono de contacto alternativo: _____

¿Su hijo tiene actualmente un IEP? S o N

Problemas o inquietudes de salud: Sí o No En caso afirmativo, describa a continuación cualquier dificultad de visión, audición, diabetes, asma, trastorno convulsivo, alergias, restricciones de actividad, problemas ortopédicos, problemas de salud mental/emocionales o procedimientos de salud especiales que deberán realizarse Despues del Programa Escolar:

¿Está su hijo tomando actualmente medicamentos en casa/escuela? S o N

Nombre del(los) medicamento(s)/puede adjuntar un documento aparte si es necesario:

¿Su hijo es alérgico a algo? S o N En caso afirmativo, describa: _____

*¿Necesitará su hijo medicamentos durante Después del programa escolar? S o N
En caso afirmativo, el niño debe tener un formulario médico en el sitio. Mi hijo actualmente tiene un formulario médico en el consultorio: S o N

Personas autorizadas adicionales para recoger a mi hijo:

Nombre: _____ **Relación:** _____

Mejor teléfono de contacto: _____

Teléfono de contacto alternativo: _____

Nombre: _____ **Relación:** _____

Mejor teléfono de contacto: _____

Teléfono de contacto alternativo: _____

Nombre: _____ **Relación:** _____

Mejor teléfono de contacto: _____

Teléfono de contacto alternativo: _____

Las siguientes personas NO PUEDEN recoger a mi hijo:

Nombre: _____ **Relación:** _____

Nombre: _____ **Relación:** _____

Al firmar a continuación, inscribo a mi hijo en Después del Programa Escolar ELO de Blochman se proporciona hasta las 5:30 p. m. de lunes a viernes a partir del primer día de clases, el 14 de agosto de 2025, y se extiende hasta el último día de clases, el 10 de junio de 2026. Entiendo que es importante que mi hijo asista diariamente para obtener los mejores resultados y experiencias posibles. Si tengo preguntas o inquietudes, puedo comunicarme con la coordinadora del sitio o el director de la escuela.

Firma del padre: _____ Fecha: _____