



# 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 entre sesiones de ELO

Información del estudiante (POR FAVOR IMPRIMA)

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_ Género: M o F

Nivel de grado actual: TK K 1 2 3 4 5 6 7 8 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 durante el horario de entre sesiones:

---

---

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

Nombre del(s) 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 las horas de entrecesión? 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:** \_\_\_\_\_

Estoy inscribiendo a mi hijo para las siguientes fechas entre sesiones: (puede elegir más de un programa entre sesiones o inscribirse para las fechas posteriores en otro momento)

\_\_\_\_ **6-9 de januario de 2026 (M-V) (vacaciones de Navidad)**

\_\_\_\_ **7-10 de abril de 2026 (M-V) (vacaciones de primavera)**

Al firmar a continuación, inscribo a mi hijo en los programas de entre sesiones ELO de Blochman que se brindan de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. en cada fecha indicada anteriormente. 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 parent: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Utilizará su estudiante el transporte en autobús? S N \*El autobús debe abordarse en First Christian en Battles Rd antes de las 7:55 a. m., sin excepciones, y regresará alrededor de las 5 p. m. al mismo lugar.