



Meadows Union Elementary K-8

Year: _____

Student Profile

(Perfil Estudiantil)

General Information (Información General)

Student Name (Nombre del Estudiante)		Grade (grado)	Room (salón)	Teacher (maestro/a)
Nick Name (Apodo)		Birthdate (Fecha de Nacimiento)		Birthplace (Lugar de Nacimiento)
Gender	Enter Date in US school (Fecha de ingreso escolar en US)		Grade Entered in US school : (Nivel de grado cuando ingreso en US)	
Home Phone (Tel. de casa)	Language of Correspondence to be sent Home (Idioma de correspondencia)		Race/Ethnicity (Raza/Etnicidad)	
❖ Home Address (Domicilio)			Mailing Address: if different from home address (Domicilio donde recibe correo si es diferente)	
❖ Please attach with this form a copy of proof of Residency (utility bill, rental agreement, notarized letter living with another family, etc) ❖ Por favor adjunte una copia del comprobante de residencia (recibo de utilidades, contrato de renta, carta notariada, etc.)				

Parent and Guardian Information (Información de Padres/Tutores)

Relation (relacion)		Parent Name (nombre del padre)		Employer (empleo)
Phone Type:	Phone # (telefono)	Other Phone # (otro tel.)		Email Address: (Correo electronico)
Relation (relacion)		Parent Name (nombre de la madre)		Employer (empleo)
Phone Type:	Phone # (telefono)	Other Phone # (otro tel)		Email Address: (Correo electronico)
Relation		Parent Name		Employer
Phone Type:	Phone:	Extension:	<input type="checkbox"/> Primary <input type="checkbox"/> Not Listed <input type="checkbox"/> Contact Phone	
Relation		Parent Name		Employer
Phone Type:	Phone:	Extension:	<input type="checkbox"/> Primary <input type="checkbox"/> Not Listed <input type="checkbox"/> Contact Phone	

Health Conditions (Condiciones de Salud)

Condition (condicion)	Start Date (Fecha de Inicio)
Comment/Medication (Comentario/Medicacion)	

IN CASE OF EMERGENCY: *Names of persons who can assume temporary responsibility (En Caso de Emergencia: *Nombres de personas los cuales tomen responsabilidad)

Name (nombre)	Relationship (relación)	Home Phone (Tel.casa)	Work Phone (Tel. de trabajo)	Other Phone (otro tel.)
Name (nombre)	Relationship (relación)	Home Phone (Tel.casa)	Work Phone (Tel. de trabajo)	Other Phone (otro tel.)
Name (nombre)	Relationship (relación)	Home Phone (Tel.casa)	Work Phone (Tel. de trabajo)	Other Phone (otro tel.)

* = Release to Emergency Contact (Personas cuales son contactos de emergencia)

Physician: _____ Phone: _____

1. Specify health conditions/allergies _____
2. Is your child on daily medication? Yes _____ No _____ Specify _____
3. Recent surgery, accident or illness (past year) _____

Does student have health insurance? Yes _____ No _____ Health Insurance _____
 (El estudiante tiene aseguranza medica?) Si _____ No _____ Aseguranza Medica _____

I, the undersigned parent/guardian, give my consent for the above named child to be released to me or my spouse or to the friend/relative I have so designated and/or to be taken by ambulance to the nearest hospital in case of emergency. *(Yo, el padre/guardian, doy me consentimiento del niño mencionado arriba dar permiso entregarlo a mi esposo(a), familiar, amistad los cuales yo he designado y/o pueden llevarlo en ambulancia al hospital mas cercano en caso de emergencia.)*

I further acknowledge that I am financially responsible for medical, dental, ambulance, or other health care expenses or transportation of my child home, which might occur as a result of such illness or injury. *(Yo ademas reconozco que soy financieramente responsable por atencion medica, dental, ambulancia o otro gasto de atencion media o transporte de mi hijo(a) a casa, lo cual pueda ocurrir como resultado de enfermedad o lesion.)*

In case of emergency, I consent to have my child treated at an emergency room or closest hospital. It is understood that an effort shall be made to contact the parent/guardian prior to delivery of any treatment, but that treatment will not be withheld if the undersigned parent/guardian cannot be reached. The cost of said treatment will remain the responsibility of the parent/guardian. I understand it is my responsibility to notify the school personnel of any change in medication or medical procedures, dosage or time given. *(En caso de emergencia, yo el padre/guardian doy me consentimiento que mi hijo(a) reciba atencion medica en el cuarto de emergencia o hospital. Es entendido que un esfuerzo se realizo para localizar el padre/guardian antes de cualquier tratamiento medico, pero que el tratamiento no se rechaza si el padre/tutor no se localiza. El costo de tal tratamiento quedara bajo la responsabilidad del padre/tutor. Estoy enterado que es mi responsabilidad de avisar el personal escolar de cualquier cambio de medicamento, procedimientos medicos, dosis y horarios.)*

Signature Parent/Guardian

(Firma del Padre/Tutor) _____ **Date (Fecha)** _____

Please return this student profile with current or updated information to school as soon as possible. Don't forget to include copy of proof of residency. Thank you.

(Por favor regrese este perfil de estudiante con informacion al corriente a la escuela lo mas pronto posible. No olvide de entregar un copia del comprobante de residencia. Gracias.)