

# Houston Gateway Academy, Inc. Formulario de Reinscripción para el año escolar 2024 - 2025

*\*Por favor complete un formulario por cada niño\**

\* \*

Para más información comuníquese al: (832) 649-2700

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

# de Seguro Social \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Su hijo usará autobús como transporte para llegar a la escuela?  Si  No Si es así, ¿Cuál compañía de autobuses? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LOS PADRES

1. Guardián: \_\_\_\_\_

2. Guardián: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

# de tel. celular: \_\_\_\_\_ # de tel. de trabajo: \_\_\_\_\_

# de tel. celular: \_\_\_\_\_ # de tel. de trabajo: \_\_\_\_\_

Idioma Pref:  Inglés  Español

Idioma Pref:  Inglés  Español

Correo electrónico del guardián: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del guardián: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA (Que no sea el padre/guardián)

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de celular: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de celular: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de celular: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE TODOS LOS HERMANOS

Hermanos/Hermanas	Grado	Escuela	Hermanos/Hermanas	Grado	Escuela
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Al firmar usted como padre reconoce que ha leído y comprendido las pólizas actuales y cualquier póliza actualizada como la Póliza de Asistencia, Formulario de exclusión, la Póliza de Promoción y Retención, La Póliza de Drogas y su Ejecución, y la Póliza de Comportamiento y Disciplina.

La información anterior se requiere para los registros permanentes de la escuela de su hijo y será usada por el personal escolar. Certifico que la información proporcionada es correcta. Autorizo a la escuela en ponerse en contacto con las personas nombradas en esta forma para proporcionar el tratamiento necesario a mi hijo en caso de una emergencia. En el evento en el que los padres y las otras personas nombradas no sean contactadas, los funcionarios escolares están autorizados a tomar cualquier acción que sea necesaria a su juicio para la salud del niño anteriormente nombrado. No haré al distrito escolar financieramente responsable por la atención de emergencia y/o transporte.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\* \*