

Latino Network ☯ Escuela Comunitaria de SUN

Forma de Registro,

INFORMACION DEL(LA) ESTUDIANTE:

Apellidos	_____	Nombre	_____
Dirección	_____	Ciudad	_____
Estado	_____	Zipcode	_____
Escuela	_____	Grado	_____
Fecha de nacimiento	_____	Edad	_____
		Maestro(a)	_____

Género				
! Masculino	!	Transgénero Masculino	!	Transgénero Masculino
! Femenino	!	Transgénero Femenino	!	Otro(por favor especifica):
! Prefiero no responder				
Lenguaje preferido en casa				
! Inglés	!	Español	!	Ruso
! Hmong	!	Mandarín	!	Coreano
! Árabe	!	Otro (por favor especifica):	!	Cantonés
				Vietnamita
Raza/Etnic 46.469701 2239d				

MEDICAMENTOS	
¿Necesitarás tomar medicamentos mientras participas en el programa de la Escuela Comunitaria de SUN de Latino Network? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es así, enlista las medicinas con receta o sin receta médica que debes tomar	Dosis y horario (ejemplo Asma, 2 inhalaciones cada 12 horas)

Nota. Por favor asegúrense que las medicinas se encuentren en recipientes debidamente etiquetados.

PADRES/TUTORES e INFORMACION DEL HOGAR

El(la) estudiante vive con : Ambos padres

