

MJSD Summer School Enrollment Form

Please complete the following information if your child is not currently an MJSD student.

Student Information

Student Last Name _____

First Name _____

Gender _____ Age _____ Date of Birth _____ Race _____

Street Address _____

City _____

Zip _____

School Presently Attending _____

School Attending Next Fall _____

Grade Next Fall _____

School District of Residence _____

Is the student currently Open Enrolled in a district other than his/her home school district? _____ if yes, indicate district student is Open Enrolled _____

Parent/Guardian Contact Information

Parent/Guardian Name _____ Relationship _____

Phone # _____ Work # _____

Parent/Guardian Name _____ Relationship _____

Phone # _____ Work # _____

Local Emergency Contact Information (list at least one person to call if parents/guardians cannot be reached)

Name: _____ Relationship _____

Phone # _____ Work # _____

Name: _____ Relationship _____

Phone # _____ Work # _____

List any special health concerns/medical diagnoses:

Will your child have medications at Summer School? Yes No
If yes, please bring any medications to the summer school office on the first day of Summer School

I verify that the above information is complete and accurate _____
Parent/Guardian Signature

Formulario de Registración para la Escuela de Verano de MJSD

Por favor complete la siguiente información si su hijo no esta actualmente registrado en nuestro sistema de *Infinite Campus*.

Información del Alumno

Apellido del Alumno _____

Primer nombre _____

Sexo _____

Edad _____

Fecha de Nacimiento _____

Raza _____

Dirección _____

City _____

Zip _____

Escuela a la que asiste actualmente _____

Escuela a la que asistirá en el otoño _____

Grado en el próximo otoño _____

Distrito Escolar de acuerdo a la residencia _____

Esta el alumno en “registración abierta” en un distrito distinto a su distrito escolar de acuerdo a su residencia?
_____ si es así, indique en que distrito _____

Información de contacto del Padre/ Tutor legal

Nombre del Padre/Tutor legal _____

Relación _____

Teléfono# _____

Trabajo # _____

Nombre del padre/Tutor legal _____

Relación _____

Teléfono # _____

Trabajo # _____

Información de contacto local en caso de emergencia (enliste por lo menos a una persona a quien llamar en caso de que no se pueda contactar a los padres/tutores legales)

Nombre: _____

Relación _____

Teléfono # _____

Trabajo # _____

Nombre: _____

Relación _____

Preocupaciones médicas especiales/ Diagnósis médicas

¿Tomará medicamentos su hijo durante la escuela de verano? Si No

Si es así, por favor traiga cualquier medicamento a la oficina de la escuela de verano durante el primer día de la escuela de verano.

Yo verifico que la información ofrecida esta completa y exacta _____

Firma del padre/tutor legal