

Sligo Middle School
Programa de Actividades Despues de Clases

Solicitud de Inscripcion

Numero de estudiante _____ **Grado** _____

Nombre de la escuela _____

Nombre del estudiante _____

Direccion _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

Necesidades especiales o problemas de salud _____

Nombre del Padre/Madre: _____ **Telefono** _____

Telefono del trabajo _____

Contacto de Emergencia _____

Telefono de Emergencia _____

Tomara su hijo/a el bus actividades regularmente? ___si ___no

Si no, por favor indique el metodo de transportacion _____

Horade da se	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes

Notas:

Firma del Padre/de la Madre

Fecha

El Programa Despues de la escuela Sligo es el Martes, Miercoles y Jueves y las horas de operaciou Es:2:50-4:00
