

Salem-Keizer Public Schools Summer School Registration
NORTH SALEM HIGH SCHOOL
Credit Recovery

Current Grade _____

Course(s) to Complete _____

Student's Last Name	First Name	Middle Initial	Student ID #	DOB	Gender
Mailing Address			Apt.	Zip Code	Primary & Secondary Phone Numbers

Parent Information

Mother or Guardian's Name	Circle One: Parent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/>	Employer	Primary Phone
Father or Guardian's Name	Circle One: Parent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/>	Employer	Primary Phone

Emergency Contact (Other than Parent/Guardian)

Name	Primary Phone Number	Relationship to Student

Doctor/Health Information

Physician to Contact	Phone Number
Medical Needs	
Allergy	
I authorize School District 24J and its employees to secure the services of physician or hospital, and to incur expenses for necessary services in the event of accident or illness, and I will provide payment for these. Every reasonable effort will be made to reach the parent(s) as soon as possible. Do you agree with the above statement? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Video/Photo Permission

I give Salem-Keizer Public Schools permission to photograph/videotape my son or daughter for record keeping or promotional purposes, including school and district publications or displays. I understand I will not be compensated for use of the photos/video taken of my child for the purpose stated above. Do you agree with the above statement? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--

Transportation

Transportation may or may not be available for Salem-Keizer Public Schools Summer School Programs. In the event, that your student (s) summer school program qualifies for transportation based on the program criteria and your address related to the location of the summer school program, please complete the reverse side of this form.

My signature indicates that I have read and understand the instructions and information on this form and that the information above is correct to the best of my knowledge.

Parent/Guardian Signature

Date

Parent/Guardian Signature

Date

FOR SCHOOL OFFICE USE ONLY

Migrant	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
ELL	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If Yes, Circle Level Level 1 Level 2 Level 3 Level 4 Level 5
Indian Education	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Reading	Score/Level:
Math	Score/Level:

Salem-Keizer Public Schools Registro
NORTH SALEM HIGH SCHOOL
Programa de Recuperacion de Creditos

Grado escolar _____

Cursos para completar _____

Apellido del (la) Estudiante	Primer Nombre	Segundo Nombre	ID #	Fecha de Nacimiento	Sexo
Domicilio		Dept.	Código Postal	Teléfono o celular	Si es apropiado

Información de los Padres/ Tutores

Nombre y Apellido de la Madre o Tutora	Circule uno: Madre <input type="checkbox"/> Tutora <input type="checkbox"/>	Empleador	Teléfono del trabajo
Nombre y Apellido del Padre o Tutor	Circule uno: Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/>	Empleador	Teléfono del trabajo

Contacto en Caso de Emergencia (Otra persona que no sean los padres/tutores que viven con el/la estudiante)

Nombre y Apellido	Teléfono durante el día	Parentezco con el estudiante

Información de Salud

Nombre del Médico/a:	Teléfono:
Tratamiento Médico:	
Alergia (s):	
Autorizo al Distrito Escolar 24J y a sus empleados a que procuren servicios de un médico u hospital, y que incurran en los gastos necesarios, en el caso de un accidente o una enfermedad de urgencia que surgiera, y reintegraré el pago de esos servicios. Entiendo que se hará cualquier esfuerzo razonable para localizar al padre/ madre/ tutor lo antes posible. ¿Acepta usted esta declaración? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Permiso Para Grabar un Video o Sacar Fotografías

Doy permiso a las Escuelas Públicas de Salem-Keizer para que fotografíen/graben un video de mi hijo(a) para los registros o con fines publicitarios, incluyendo las publicaciones o exhibiciones escolares y del distrito. Yo entiendo que no recibiré ninguna compensación por el uso de las fotografías/videos de mi hijo(a) para los fines declarados arriba. ¿Acepta usted esta declaración? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--

Transporte Escolar

Si su hijo(a) califica para el uso del transporte escolar, por favor llene la segunda hoja de este formulario.

Mi firma indica que he leído y entendido las instrucciones e información proporcionada en este formulario y que la información dada arriba es correcta y de mi conocimiento.

Firma del Padre/Tutor	Fecha	Firma de la Madre/Tutora	Fecha
-----------------------	-------	--------------------------	-------

FOR SCHOOL OFFICE USE ONLY

Migrant	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
ELL	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If Yes, Circle Level Level 1 Level 2 Level 3 Level 4 Level 5
Indian Education	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Reading	Score/Level:
Math	Score/Level: