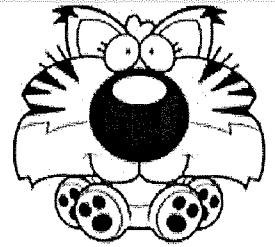
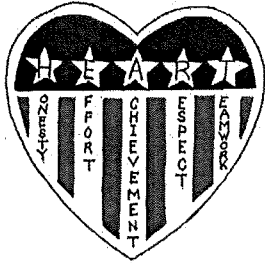


BELLAMY ELEMENTARY SCHOOL

PARENT HANDBOOK

2022 - 2023



Bellamy
Elementary

A

Lead by example

Encourage others

Achieve your goals

Do your best

Exert effort

Respect others

Mrs. Michele Toscani, Principal
Mr. Daniel Ruiz, Jr., Assistant Principal
Bellamy Elementary School
9720 Wilsky Boulevard, Tampa, FL 33615
(813) 872-5387

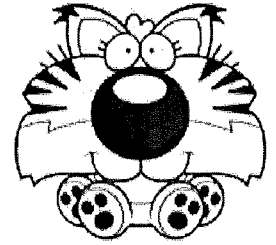
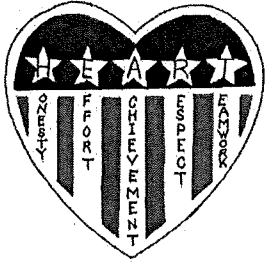
_____ I have read the Bellamy Parent Handbook online at:
<http://bellamy.mysdhc.org/> under the Back to School tab.

_____ I do not have access to a computer. Please send me a hard copy
of the Bellamy Parent Handbook.

Parent: _____ Child: _____ Teacher: _____

ESCUELA PRIMARIA BELLAMY MANUAL PARA PADRES

2022 - 2023



Bellamy

Elementary

A

Lead by example

Encourage others

Achieve your goals

Do your best

Exert effort

Respect others

Mrs. Michele Toscani, Principal

Mr. Daniel Ruiz, Jr., Assistant Principal

Bellamy Elementary School

9720 Wilsky Boulevard, Tampa, FL 33615

(813) 872-5387

_____ He leído el Manual para Padres de Bellamy en:
_____ <http://bellamy.mysdhc.org/> bajo la etiqueta Back to School.

_____ No tengo acceso a una computadora. Por favor, envíeme una
_____ copia del Manual para Padres de Bellamy.

Padre: _____ Estudiante: _____ Maestro: _____

School Board
Nadia T. Combs, Chair
Henry "Shake" Washington, Vice Chair
Lynn L. Gray
Stacy A. Hahn, Ph.D.
Karen Perez
Melissa Snively
Jessica Vaughn

Superintendent of Schools
Addison G. Davis



Hillsborough County
PUBLIC SCHOOLS
Preparing Students for Life

FRANCIS BELLAMY ELEMENTARY

August 10, 2022

Dear Parents:

Throughout the year, our school may participate in several fundraising activities. The money raised from these activities will be used to support our school community in a variety of important ways including purchasing supplementary instructional materials, equipment and technology, as well as for staff training and student awards/incentives.

To promote the safety of all children, Hillsborough County School District policy does not allow unsupervised "door to door" selling. We feel that it is important that the school and home work together to ensure the safety of every child.

Sincerely,

Mrs. Toscani

Michele Toscani
Principal

Please return this portion to your child's teacher tomorrow.

I have read the fundraising policy and support it. I agree to provide adult supervision for my child during all fundraising activities.

Child's Name _____ Teacher _____

Parent's Signature

Date

School Board
Nadia T. Combs, Chair
Henry "Shake" Washington, Vice Chair
Lynn L. Gray
Stacy A. Hahn, Ph.D.
Karen Perez
Melissa Snively
Jessica Vaughn

Superintendent of Schools
Addison G. Davis



Hillsborough County
PUBLIC SCHOOLS
Preparing Students for Life

FRANCIS BELLAMY ELEMENTARY

10 de agosto de 2022

Estimados padres:

Durante todo el año, nuestra escuela puede participar en varias actividades de recaudación de fondos. El dinero recaudado de estas actividades se utilizará para apoyar a nuestra comunidad escolar de una variedad de maneras importantes, incluyendo la compra de materiales instructivos, equipo y tecnología, también para el desarrollo profesional de los maestros y premios/incentivos para los estudiantes.

Para promover la seguridad de todos los niños, la política del Distrito Escolar del Condado de Hillsborough no permite la venta sin supervisión de "puerta a puerta". Creemos que es importante que la escuela y el hogar trabajen juntos para garantizar la seguridad de todos los niños.

Atentamente,

Sra. Toscani

Michele Toscani
Principal

Please return this portion to your child's teacher tomorrow.

He leído la política de recaudación de fondos y la apoyo. Estoy de acuerdo en proveer supervisión para mi hijo durante todas las actividades de recaudación de fondos.

Nombre del Estudiante _____ Maestro _____

Firma del padre

Fecha

**Bellamy Elementary School
2022 – 2023**

Student's Name _____

◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

Dismissal Procedure

Children may be dismissed in a number of ways. Please notate the way your child is to be dismissed.

- ___ 1. My child will ride bus #/color _____ to school and bus #/color _____ home.
- ___ 2. Parent will pick up child in front of school in car.
- ___ 3. Parent will walk from south (Pinehurst) to pick up child.
- ___ 4. Parent will walk from north (Town Park) to pick up child.
- ___ 5. Day care pick-up. (Name: _____)
- ___ 6. Babysitter pick-up. (Name: _____)
(**must be on emergency card**)
- ___ 7. My child goes to the Bellamy After-School Program (HOST).
- ___ 8. My child walks or rides a bike.
- ___ 9. Other: _____

Walkers and Bike Riders Only

The **rainy day plan** for my child is (walkers and bike riders only):

- ___ 1. I will pick up my child in a car in the front pick up line.
- ___ 2. I will walk from south (Pinehurst) to pick up my child.
- ___ 3. I will walk from north (Town Park) to pick up my child.
- ___ 4. My child should walk or ride bike home in the rain. (**All students must be picked up if lightning is present or rain is severe.**)
- ___ 5. Other (please state): _____

◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

Bicycle Rules

Students must be at least 8 years old to ride a bike to school. Skates, skate shoes, skateboards and scooters are not allowed.

- 1. Students must walk beside bike while on school grounds.
- 2. All bikes must have a lock and be secured to the school bike rack.
- 3. All riders are to abide by traffic rules which apply to bicycles.
- 4. All students must wear a bicycle helmet, in accordance with the Bicycle Helmet Law.
- 5. The school does not assume responsibility for damage or loss of bicycle.

My child, _____, is _____ years old, has a bicycle helmet and lock. I give my permission for him/her to ride his/her bicycle to and from school. I assume complete responsibility.

Parent's Signature _____

ALL Students need to carry a rain poncho in their backpacks at ALL times.
Students are NOT permitted to bring umbrellas to school.

I HAVE READ THE ABOVE INFORMATION AND FILLED OUT THE NECESSARY SPACES.

Parent's Signature _____ Date _____

Bellamy Elementary School
2022-2023

◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

Procedimiento de Salida

Los niños pueden ir a casa de varias maneras. Por favor, tenga en cuenta la forma en que su hijo debe ir a la casa.

- ___ 1. Mi hijo viajará en autobús/color _____ a la escuela y el autobus #/color _____ para la casa.
- ___ 2. El padre recogerá al niño frente a la escuela en coche.
- ___ 3. Los padres caminarán desde el sur (Pinehurst) para recoger al niño.
- ___ 4. El padre caminará desde el norte (Town Park) para recoger al niño.
- ___ 5. Recogida de guardería(Nombre: _____)
- ___ 6. Recogida por niñera (Nombre: _____)
(debe estar en la tarjeta de emergencia)
- ___ 7. Mi hijo va al Programa Bellamy HOST después de la Escuela).
- ___ 8. Mi hijo camina o monta en bicicleta.
- ___ 9. Otro: _____

Caminantes y ciclistas solamente

El **plan de día de lluvia** para mi hijo es (caminantes y ciclistas solamente):

- ___ 1. Recogeré a mi hijo en un auto en la línea de recogida.
- ___ 2 Caminaré desde el sur (Pinehurst) para recoger a mi hijo.
- ___ 3. Caminaré desde el norte (Town Park) para recoger a mi hijo.
- ___ 4. Mi hijo debe caminar o montar en bicicleta a casa bajo la lluvia. (Todos los estudiantes deben ser recogidos si hay un rayo o si la lluvia es severa.)
- ___ 5. Otro: _____

◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

Reglas de bicicleta

Los estudiantes deben tener al menos 8 años para ir en bicicleta a la escuela. No se permiten patines, zapatos de patines, patinetas ni scooters.

- 1. Los estudiantes deben caminar al lado de la bicicleta mientras están en el recinto escolar.
- 2. Todas las bicicletas deben tener un candado y estar aseguradas al estante de bicicletas de la escuela.
- 3. Todos los ciclistas deben cumplir con las normas de tráfico que se aplican a las bicicletas.
- 4. Todos los estudiantes deben usar un casco de bicicleta, de acuerdo con la Ley del Casco de Bicicleta.
- 5. La escuela no asume responsabilidad por daños o pérdida de bicicleta.

Mi hijo/a, _____, tiene _____ años de edad, tiene un casco y candado para bicicletas. Le doy mi permiso para que vaya en bicicleta a la escuela y de vuelta. Asumo la responsabilidad completa.

Firma del Padre _____

TODOS los estudiantes necesitan llevar un poncho de lluvia en sus mochilas en TODO momento. **A los estudiantes NO se les permite llevar sombrillas a la escuela.**

HE LEÍDO LA INFORMACIÓN Y HE LLENADO LOS ESPACIOS NECESARIOS.

Firma del Padre _____ Fecha: _____

Important! Call 872-5387 and press 1 to report any absence!

FRANCIS BELLAMY ELEMENTARY SCHOOL

Excused Absence/Tardy Policy

August 10, 2022

Dear Parents/Guardians:

To fully benefit from the instructional program, students are expected to attend school regularly and be on time for classes. Poor attendance or excessive tardiness & early pick-ups will negatively impact your child's academic progress. Consistent absences/tardies will be referred to the Child Study Team and/or the School Social Worker. Early pick-ups must be signed out no later than 12:25 p.m. on Mondays & 1:25 p.m. Tuesday-Friday in the front office.

In accordance with the Hillsborough County School District's attendance policy, the reason for each student absence must be reported to the school. For your convenience, a separate attendance phone extension has been designated with a 24-hour access recorder. **Please call 872-5387 and press 1 for attendance** prior to 8:40 a.m. on the day of the absence to report the reason for your child's absence.

The policy regarding excused absences and tardies is as follows:

1. An illness of the student or a medical/dental appointment that cannot be scheduled after school hours. (A doctor's statement may be required.)
2. An accident resulting in an injury to the student.
3. A death in the immediate family of the student.
4. An observance of an established religious holiday. (Documentation of the religious affiliation of the student may be required.)
5. A subpoena by a law enforcement agency or a required court appearance.

Please help your child by having him/her arrive on time and be in attendance every day.

Sincerely,

Mrs. Toscani

Michele Toscani
Principal



Please return this portion to your child's teacher tomorrow.

I have read and understand the school's **Excused Absence/Tardy** policy. I am aware of my role as parent/guardian to ensure my child is in attendance regularly and on time for class.

Parent Signature: _____ Date: _____

Student Name: _____

*** RETURN TO TEACHER ***

Importante: ¡Llame al 872-5387 y oprima 1 para reportar cualquier ausencia!

ESCUELA PRIMARIA FRANCIS BELLAMY

Política de Ausencia Justificada y Tardanza

10 de agosto de 2022

Estimados padres/tutores:

Para beneficiarse completamente del programa de instrucción, se espera que los estudiantes asistan a la escuela regularmente y estén a tiempo para las clases. La asistencia deficiente o el retraso excesivo y la recogida temprana afectarán negativamente el progreso académico de su hijo. Las ausencias/tardanzas consistentes serán referidas al Equipo de Estudio de niños y/o al trabajador Social de la Escuela. Recogida temprana debe ser firmado a más tardar a las 12:25 p.m. los lunes y 1:25 p.m. de martes a viernes en la oficina.

De acuerdo con la política de asistencia del Distrito Escolar del Condado de Hillsborough, la razón de cada ausencia estudiantil debe ser reportada a la escuela. Para su comodidad, se ha designado una extensión telefónica de asistencia separada con una grabadora de acceso las 24 horas. **Por favor llame al 872-5387 y presione 1** para asistencia antes de las 8:40 a.m. del día de la ausencia para reportar la razón de la ausencia de su hijo.

1. La política con respecto a las ausencias y tardanzas justificadas es la siguiente:
 1. Una enfermedad del estudiante o una cita médica/dental que no se puede programar después de las horas escolares. (Puede ser necesaria una declaración del médico).
 2. Un accidente que resulta en una lesión al estudiante.
 3. Una muerte en la familia inmediata del estudiante.
 4. Una celebración de una fiesta religiosa establecida. (Se puede requerir documentación de la afiliación religiosa del estudiante.)
 5. Una citación por una agencia de aplicación de la ley o una comparecencia judicial requerida.

Por favor ayude a su hijo/a al hacer que llegue a tiempo y esté en asistencia todos los días.

Atentamente,

Sra. Toscani

Michele Toscani
Principal



Por favor devuelva esta porción al maestro de su hijo mañana.

He leído y entiendo la Política de Ausencia Justificada y Tardanza. Soy consciente de mi papel como padre/guardián para asegurar que mi hijo esté en asistencia regularmente y a tiempo para la clase.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

School Board
Nadia T. Combs, Chair
Henry "Shake" Washington, Vice Chair
Lynn L. Gray
Stacy A. Hahn, Ph.D.
Karen Perez
Melissa Snively
Jessica Vaughn



Superintendent of Schools
Addison G. Davis

**Student Code of Conduct
Acknowledgement Form**

I have been notified that I can review the Student Code of Conduct online at: <http://www.sdhc.k12.fl.us/conduct>

I have received, read, understand and agree to abide by the Student Code of Conduct

Student Signature

Date

I/we have read the Student Code of Conduct and discussed it with my student.

Parent/Guardian's Signature

Date

The Student Code of Conduct has been established to communicate the expectations for student behavior at school or school activities. Failure to return this acknowledgement will not relieve a student or the parent/guardian(s) from the responsibility of abiding by the Code of Conduct.

Junta Directiva Escolar
Nadia T. Combs, Presidenta
Henry "Shake" Washington, Vicepresidente
Lynn L. Gray
Stacy A. Hahn, Ph.D.
Karen Perez
Melissa Snively
Jessica Vaughn



Superintendente de Escuelas
Addison G. Davis

Hillsborough County
PUBLIC SCHOOLS
Preparing Students for Life

Código de Conducta del Estudiante
Formulario de Reconocimiento

He sido notificado que puedo revisar el Código de Conducta del Estudiante en el internet al:
<http://www.sdhc.k12.fl.us/conduct>

He recibido, leído, entendido y aceptado cumplir con el Código de Conducta del Estudiante.

Firma del estudiante

Fecha

He / hemos leído y discutido el Código de Conducta del Estudiante con mi hijo(a).

Firma del padre/madre / tutor

Fecha

El Código de Conducta del Estudiante se ha establecido para comunicar lo que se espera de los estudiantes en cuanto a comportamiento se refiere, ya sea en la escuela o en actividades escolares. El no devolver esta forma de reconocimiento no exime al estudiante, padres o tutor de la responsabilidad y obligación de cumplir con el Código de Conducta del Estudiante.

**2022-2023 Hillsborough County Public Schools
Student Likeness Release Form**



School: _____ Student ID Number: _____

Student Name (Last, First): _____

Homeroom Teacher: _____ Grade: _____

Home Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Telephone Number: _____ Email: _____

Dear Parent/Guardian:

Throughout the school year, certain Hillsborough County Public School partners and media members may be involved with special events or activities at your child's school.

Hillsborough County Public Schools also may wish to interview, photograph, or videotape your child for promotional and educational reasons to utilize in publications and special district events. Before your child can participate in any of the above events or activities, you must give your permission by signing and returning this likeness release form to your child's school.

Please select only one option below:

I give my permission for my child to be interviewed, photographed, or videotaped by the school/district, school/district partners or sponsors, and/or members of the general news media and expressly authorize and grant my consent to such parties the right to use my child's physical likeness, other identifying characteristics, information, and/or recordings of his/her voice in any media, including but not limited to, broadcast, cable, print, and/or digital, and for any purpose including but not limited to entertainment, news, education, advertising, marketing and promotion without compensation thereof.

I do not give permission for my child to be interviewed, photographed, or videotaped by the school/district, school/district partners or sponsors, and/or members of the general news media; nor for his/her name to be published in school/district publications, on the internet, or in news Publications or broadcasts.

I give my permission ONLY for my child to be photographed for and his/her name be published in the 2022-2023 school yearbook.

Parent/Guardian Name (please print): _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

2022-2023

Formulario de Comunicado de Prensa de Estudiante



Hillsborough County

PUBLIC SCHOOLS

Preparing Students for Life

Escuela: _____ Número de identificación estudiantil: _____

Nombre del estudiante (apellido, nombre): _____

Profesor/a de aula: _____ En qué grado está su hijo(a): _____

Dirección de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Estimado Padre/Tutor:

A lo largo del año escolar, ciertos socios de las Escuelas Públicas del Condado de Hillsborough y miembros de los medios de comunicación pueden participar en eventos o actividades especiales en la escuela de su hijo(a).

Es posible que las Escuelas Públicas del Condado de Hillsborough también deseen entrevistar, fotografiar o grabar en video a su hijo por razones promocionales y educativas para utilizarlo en publicaciones y eventos especiales del distrito. Antes de que su hijo(a) pueda participar en cualquiera de los eventos o actividades anteriores, usted debe dar su permiso firmando y devolviendo este formulario de autorización a la escuela de su hijo(a).

Seleccione solo una opción a continuación:

Doy mi permiso para que mi hijo(a) sea entrevistado, fotografiado o grabado en video por la escuela/ distrito, socios o patrocinadores de la escuela/distrito y/o miembros de los medios de comunicación en general y autorizo expresamente y otorgo mi consentimiento a tales partes el derecho a usar la semejanza física de mi hijo(a), otras características de identificación, información y/o grabaciones de su voz en cualquier medio, incluyendo pero no limitado a, transmisión, cable, impreso y/o digital, y para cualquier propósito incluyendo pero no limitado a entretenimiento, noticias, educación, publicidad, marketing y promoción sin compensación por los mismos.

No doy permiso para que mi hijo(a) sea entrevistado, fotografiado o grabado en video por la escuela/distrito, socios o patrocinadores de la escuela/distrito y/o miembros de los medios de comunicación en general; ni que su nombre sea publicado en publicaciones de la escuela/ distrito, en Internet o en publicaciones o transmisiones de noticias.

Doy mi permiso SOLAMENTE para que mi hijo sea fotografiado y su nombre se publique en el anuario escolar 2022-2023.

Nombre del Padre/Tutor (en letra de imprenta): _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____



Hillsborough County
PUBLIC SCHOOLS

Preparing Students for Life

**Parental Consent to Release Personally Identifiable Information
for Medicaid Reimbursement**

Hillsborough County Public Schools wishes to seek reimbursement for certain services provided to your child by accessing Medicaid. We must obtain your written informed consent for the purpose of releasing certain information related to seeking Medicaid reimbursement. Medicaid reimbursement helps the school district fund costs of providing special education, related services and any other services allowable by Medicaid.

Consent given or denied (please read, mark with an X your choice, sign and date at the bottom):

Individual Educational Plan (IEP) Services

The Individuals with Disabilities Education Act of 2004 (IDEA) permits school districts to seek reimbursement from Medicaid for services provided at school (Title 34, section 300.154(d)(2)(iv)(A)-(B), Code of Federal Regulations [CFR]).

Non-IEP Services

School districts are also allowed to seek reimbursement from Medicaid for services provided under the Florida Administrative Code Medicaid rule for school-based services (Rule 59G-4.035).

I understand and give my consent to the school district to share information about my child with the State Medicaid Agency (State of Florida Agency for Health Care Administration), its fiscal agent, and the school district's Medicaid billing agent or billing facilitator for the school district to verify Medicaid eligibility, seek Medicaid reimbursement, and satisfy audit and review requests related to services provided to my child.

I understand that I may withdraw this consent to release information for Medicaid reimbursement at any time. I understand that if I refuse to give my consent or withdraw this consent, the school district will continue to provide all required services necessary to receive an appropriate education at no charge to my child in accordance with 34CFR § 300.154(d)(2)(v)(D) or other services provided outside of the IEP. If consent is withdrawn, it will become effective on the date of withdrawal and no information will be released after that date.

The records to be released or exchanged may include IEPs, assessment and eligibility records, related service therapy records and logs, transportation logs, progress notes, and nursing reports or records.

The information shared may include my child's name, date of birth, address, primary special education disability (if applicable), Florida Medicaid identification number, Social Security number, and the type and amount of health services provided, including the times and dates services were provided. Services may include assistive communication services, physical therapy services, occupational therapy services, speech therapy services, hearing and language therapy services, behavioral services, transportation services, and nursing services.

I understand and do NOT give my consent to the school district to share information about my child in order for the school district to verify Medicaid eligibility, seek Medicaid reimbursement, and satisfy audit and review requests related to services provided to my child

Student/Child's Information

Student ID

Full Name (printed)

Date of Birth

Parent/Guardians Information

Name (printed)

Signature

Date

Consentimiento de los padres para divulgar información de identificación personal para el reembolso de Medicaid

Las Escuelas Públicas del Condado de *Hillsborough* desean solicitar el reembolso de ciertos servicios prestados a su hijo mediante accediendo a *Medicaid*. Debemos obtener su consentimiento informado por escrito con el fin de divulgar cierta información relacionada con la búsqueda de reembolso de *Medicaid*. El reembolso de *Medicaid* ayuda al distrito escolar a financiar los costos de proporcionar educación especial, servicios relacionados y cualquier otro servicio permitido por *Medicaid*.

Consentimiento dado o denegado (por favor, lea, marque con una X su selección, firme y escriba la fecha al final):

Servicios del Plan Educativo Individualizado (IEP)

La Ley de Educación para Personas con Discapacidades de 2004 (IDEA) permite a los distritos escolares solicitar el reembolso de Medicaid por los servicios prestados en la escuela (Título 34, sección 300.154(d)(2)(iv)(A)-(B), Código de Reglamentos Federales Federal [CFR]).

Servicios no relacionados con el IEP

Los distritos escolares también pueden solicitar el reembolso de Medicaid por los servicios prestados en virtud del Código Administrativo de Florida regla de Medicaid para los servicios basados en la escuela (Regla 59G-4.035).

Yo entiendo y doy mi consentimiento para que el distrito escolar comparta información sobre mi hijo con la Agencia Estatal de Medicaid (Agencia del Estado de Florida para la Administración del Cuidado de la Salud), su agente fiscal y el agente de facturación de Medicaid del distrito escolar o el facilitador de facturación del distrito escolar para verificar la elegibilidad de Medicaid, buscar el reembolso de Medicaid y satisfacer las solicitudes de auditoría y revisión relacionadas con los servicios prestados a mi hijo.

Yo entiendo que puedo retirar este consentimiento para la divulgación de información para el reembolso de Medicaid en cualquier momento. Yo entiendo que, si me niego a dar mi consentimiento o lo retiro, el distrito escolar continuará proporcionando todos los servicios requeridos necesarios para recibir una educación apropiada sin costo alguno para mi hijo de acuerdo con 34CFR § 300.154(d)(2)(v)(D) u otros servicios proporcionados fuera del IEP. Si se retira el consentimiento, éste se hará efectivo en la fecha de retiro y no se divulgará ninguna información después de esa fecha.

Los expedientes que deben entregarse o intercambiarse pueden incluir los IEP, los expedientes de evaluación y elegibilidad, los expedientes y registros de los servicios afines registros de terapia relacionada, registros de transporte, notas de progreso e informes o registros de enfermería.

La información compartida pueda que incluya el nombre de mi hijo, su fecha de nacimiento, su dirección, su principal discapacidad de educación especial (si corresponde), el número de identificación de *Medicaid* de Florida, el número de Seguro Social y el tipo y la cantidad de servicios de salud brindados, incluyendo las horas y fechas en que se brindaron los servicios de salud prestados, incluyendo las horas y fechas en que se brindaron los servicios. Los servicios pueden incluir servicios de ayuda a la comunicación, servicios de terapia física, servicios de terapia ocupacional, servicios de terapia del habla, servicios de terapia auditiva y del lenguaje, servicios de comportamiento, servicios de transporte y servicios de enfermería.

Yo entiendo y NO doy mi consentimiento para que el distrito escolar comparta información sobre mi hijo para el distrito escolar verifique la elegibilidad de Medicaid, busque el reembolso de Medicaid y cumpla con las solicitudes de auditoría y revisión relacionadas con los servicios brindados a mi hijo.

Información del niño(a)/Estudiante

Número del estudiante

Nombre completo (Impreso)

Fecha de nacimiento

Información del padre/tutor

Nombre (Impreso)

Firma

Fecha