

# Formulario de inscripción de RMMSMSP/SD



University of Colorado  
**SCIENCE  
DISCOVERY**

**Rocky Mountain Middle  
School Math & Science  
Partnership (RMMSMSP)**

**CU Science Discovery**

Para obtener información sobre las clases/inscripción:

**Llame al 303.492.0995**

**Fax 303.735.6443**

**Email w.coon@colorado.edu**

Envíe inscripciones a:  
**William Coon  
CU Science Discovery  
446 UCB  
Boulder, CO 80309**

Nombre (padre/madre/tutor) \_\_\_\_\_

**Escriba claramente con letra imprenta**

Dirección \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

\*Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

\*El correo electrónico es esencial para el proceso de inscripción

**Nombre (estudiante en la clase)**

**Distrito escolar**

**M/H**

**Grado**

**Fecha de nacimiento**

**Clase de Science Discovery**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Clase alternativa: \_\_\_\_\_

\* Proporcione por favor a su niño con bolsa de bocadillos para clases de todo-día

## Información de emergencia

**A incluir en todas las inscripciones**

**Indique las alergias, medicamentos y necesidades especiales (físicas, emocionales y conductuales)**

Nombre del hijo \_\_\_\_\_

Nombre(s) de padre/madre/tutor alternativos \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia alternativo** \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono del médico \_\_\_\_\_

En caso de emergencia médica, haremos todos los esfuerzos que estén a nuestro alcance para comunicarnos con los padres/tutores y con el médico.

En mi calidad de padre/tutor de mis hijos antes mencionados, autorizo a CU Science Discovery para que obtenga atención médica de emergencia para mi hijo/hijos, y libero a CU Science Discovery de toda responsabilidad en relación con dicha atención médica de emergencia.

**Firma del padre/tutor** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Teacher Recommendation:** I, \_\_\_\_\_ recommend \_\_\_\_\_ (student name) for the RMMSMSP/SD Summer Science Classes.

**Teacher Signature** \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_