



JACKSON

IB PYP WORLD SCHOOL

Jackson Elementary School

451 Jackson Street
Hempstead, NY 11550

380 Jackson Street
Hempstead, NY 11550

Richard Brown
Principal

Stacey Lagnese
Assistant Principal

Richard Mata-Castro
Assistant Principal

Student Information Form 2024-2025

Student Last Name:	<input type="text"/>	Student First Name:	<input type="text"/>
Teacher:	<input type="text"/>	Current Grade:	<input type="text"/>
Date of Birth:	<input type="text"/>	Student ID Number:	<input type="text"/>
Address:	<input type="text"/>		Apt #: <input type="text"/>
Town:	<input type="text"/>	State: <input type="text"/>	Zip: <input type="text"/>
Home Phone Number:	<input type="text"/>	Cell Phone Number:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>		
Mother's Name:	<input type="text"/>	Phone Number:	<input type="text"/>
Father's Name:	<input type="text"/>	Phone Number:	<input type="text"/>
Day Care Provider's Name:	<input type="text"/>		
Day Care Provider's Phone Number:	<input type="text"/>		

Instructions: In the last column the parent/guardian must sign next to each person that is listed to give that person permission to pick up your child from school. If there is no signature in the last column next to the contact's name that will indicate to the school that your child should not be released to that person. Persons not listed on this form will not be allowed to pick up your child.

Please note: Anyone that comes into Jackson School to pick up a child (parents included) must have picture identification. There are no exceptions.



Name of Contact	Relationship to Student	Telephone Number	Work Phone Number	Sign in this column only if the person listed on the line has permission to pick up your child from school.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SPECIAL MEDICATION INFORMATION

Condition:	<input type="text"/>	Medication:	<input type="text"/>
Condition:	<input type="text"/>	Medication:	<input type="text"/>

Please send to school required medication and a letter from your physician giving the school district permission to administer the medication during an emergency.



JACKSON
IB PYP WORLD SCHOOL

Jackson Elementary School

451 Jackson Street
Hempstead, NY 11550

380 Jackson Street
Hempstead, NY 11550

Richard Brown
Director

Stacey Lagnese
Subdirectora

Richard Mata-Castro
Subdirector

Formulario de Información del Estudiante 2024-2025

Apellido del Estudiante:		Primer Nombre del Estudiante:	
Maestro(a)		Grado Actual:	
Fecha de Nacimiento:		Número de Identificación Estudiantil:	
Dirección:			Apt #:
Pueblo:		Estado:	Zip:
Número de Teléfono:		Teléfono Celular:	
Correo electrónico:			
Nombre de la madre:		Número de Teléfono:	
Nombre del Padre:		Número de Teléfono:	
Nombre del Proveedor de Day Care:			
Número de Teléfono de Day Care:			

Instrucciones: En la última columna, el padre/tutor debe firmar junto a cada persona que está en la lista para darle permiso a esa persona para recoger a su hijo de la escuela. Si no hay una firma en la última columna al lado del nombre del contacto, eso indicará a la escuela que su hijo no debe ser entregado a esa persona. Las personas que no figuran en este formulario no podrán recoger a su hijo.

Tenga en cuenta: Cualquier persona que venga a la Escuela Jackson para recoger a un niño (incluidos los padres) debe tener una identificación con foto. No hay excepciones.

Nombre del Contacto	Relación con el estudiante	Número Telefónico	Número de Teléfono del Trabajo	Firme en esta columna solo si la persona que figura en la línea tiene permiso para recoger a su hijo de la escuela.

INFORMACIÓN ESPECIAL MEDICA

Condición:	Medicación:
Condición:	Medicación:
Por favor envíe a la escuela el medicamento requerido y una carta de su médico dando permiso al distrito escolar para administrar el medicamento durante una emergencia.	