ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE
Oficina de la Encargada de Admisiones – Edificio de Administración
200 Division Ave. Hicksville, NY 11801
(516) 733-2160

PROCESO DE SOLICITUD PARA NUEVOS CANDIDATOS

Formularios Requeridos para Inscribirse:

- Cuestionario de Vivienda
- Formulario del Programa de Educación para Migrantes
- Solicitud para Nuevos Candidatos
- Formulario para el Programa de Evaluación
- Formulario del Historial de Salud
- Formulario de Inmunización
- Formulario de Servicios Previos de Educación Especial
- Formulario de Idioma del Hogar
- Formulario de Censo
- Afidávit
- Transferencia de Documentos
- Formulario de Evaluación de Salud

Instrucciones:

1. Escriba en letra de molde legible al llenar los formularios.
2. Reúna los documentos requieridos. Los mismos están enumerados en la próxima página.
3. Llame a la Encargada de Admisiones para una cita al teléfono 516-733-2168.
4. El paquete será revisado por la Encargada de Admisiones.

NOTA A LA ESCUELA / LEAS: Por favor ayude a los estudiantes y familias llenando este formulario. No simplemente incluya este formulario en el paquete de registro porque si el estudiante califica como residente en vivienda temporal, el estudiante no está obligado a presentar prueba de residencia y otros documentos requeridos que puedan ser parte del paquete de registro.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN - CUESTIONARIO DE RESIDENCIA

Nombre de LEA: _____

Nombre de Escuela: _____

Nombre de Estudiante: _____
Apellido Primero Segundo

Género □ Masculino
□ Hembra

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ (*Mes Día Año*) Grado: _____ (*pre-escolar-12°*) ID#: _____ (*opcional*)

_____ _____
Dirección: Teléfono:

La respuesta que proporcione a continuación ayudará al distrito a determinar qué servicios puede recibir usted o su hijo(a) bajo la Ley "McKinney-Vento". Los estudiantes que están protegidos por la Ley "McKinney-Vento" tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, incluso si no tienen los documentos que normalmente se necesitan, como prueba de residencia, registros escolares, registros de vacunación o certificado de nacimiento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley "McKinney-Vento" también pueden tener derecho a transporte gratuito y otros servicios.

¿Dónde vive el estudiante actualmente? (*Por favor, marque **una** casilla.*)

□ En un refugio
□ Con otra familia u otra persona debido a la pérdida de vivienda o como resultado de dificultades económicas (a veces se denomina "doble habitación")
□ En un hotel/motel
□ En un automóvil, parque, autobús, tren o campamento
□ Otra situación de vivienda temporal (Por favor describa:) _____
□ En vivienda permanente

_____ _____
Imprime el Nombre del Padre, Tutor o Estudiante (para jóvenes sin hogar no acompañados)

Firma del Padre, Tutor o Estudiante (para jóvenes sin hogar no acompañados)

_____
Fecha

Si el estudiante NO vive en una vivienda permanente, **no se requiere prueba de residencia** y otros documentos que normalmente se necesitan para la inscripción y el **estudiante debe inscribirse de inmediato**. **Después** de que el estudiante se haya inscrito, el distrito / escuela debe comunicarse con el distrito / escuela anterior al que asistió para solicitar los registros educativos del estudiante, incluidos los registros de vacunación, y el enlace de LEA del distrito que se inscribe debe ayudar al estudiante a obtener otros documentos o inmunizaciones necesarios.

NOTA A LA ESCUELA / LEAS: Si el estudiante **NO** vive en una vivienda permanente, asegúrese de completar el Formulario de Designación.

Hicksville Public Schools
Special Education Department

Marianne Litzman
Superintendent of Schools

Claire Hocchieser
Director of Special Education

E Programa de Educación Migrante (MEP) provee servicios educativos suplementarios a niños que califican a través de fondos nacianales. El propósito del MEP es asegurar que tados los estudiantes migrantes tengan éxito académico y que se gradúen con su diploma (o que completen GED/HSE).

ENCUESTA DE TRABAJO

Gracias por contestar las siguientes preguntas. Si su hijo/a es elegible para el Programa de Educación Migrante, podría recibir apoyo educativo adicional. La información es **completamente confidencial.**

Nombre del Estudiante: _____ Nombres de las Padres: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: (___) _____

Fecha: _____ Firma de los Padres: _____

1. ¿Durante los **últimos 3 años,** se ha mudado su(s) hijo(s) por cualquier razón? **SÍ** ____ **NO** _____
2. ¿Se ha mudado alguien de su familia dentro de los Estados Unidos para buscar trabajo temporal o de temporada en algo relacionado con la agricultura? **SÍ** ____ **NO** ____

   Si contestó **NO** a cualquiera de las dos preguntas, favor de parar aquí.

Si contestó **SÍ**, favor de continuar.

3. ¿Cuando fue la última vez que usted o un miembro de su familia se mudó para trabajar en la agricultura? Mes _____ Año _____
4. Por favor marque en la parte abajo la activadad agrícola en que usted buscó trabajo o trabajó.:

____ Matadero de patos, pavos, pollos, cerdos o vacas
____ Enlatar o congelar verduras o frutas
____ Trabajar en la siembra o cosecha de césped
____ Plantar, emparejar o cortar àrboles
____ Plantar o cosechar verduras o frutas
____ Trabajar en un criadero de peces
____ La espiga (maíz)
____ Cultivar tabaco
____ Granja de vacas lecheras
____ Pollería o granja de huevos
____ Cultivar y cosechar flores
____ Trabajar en la cría de plantas

Por favor escribe los nombres de todos los niños, menores de 22 años de edad, que viven con Usted.

Nombre del niño(a)	Fecha de nacimiento
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

200 Division Avenue, Hicksville New York 11801
PH: (516)733-2160 FAX: (516) 733-6683

ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE
Oficina de la Encargada de Admisiones

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA MATRICULACIÓN DE NUEVOS CANDIDATOS

Identificación con foto de uno de los padres_____

Prueba de nacimiento (1 documento original)
___Partida de nacimiento original o ___ certificado de bautismo___ pasaporte

Pruebas de parentesco con los padres:
___ Partida de nacimiento ____ certificado de bautismo ___ Documentos de tutela del tribunal ___ documentos de custodia del tribunal
___ Decreto de divorcio ___ documentos de adopción ___ affidávits del padre/madre residente y no residente con custodia
___ Affidávits de emancipación

Vacunas:
Cuatro dosis o tres con una administrada después de los 4 años de polio (OPV o IPV)
Cinco DPT/DTap o cuatro con una administrada después de los 4 años o tres dosis si se comenzó después de los 7 años de edad
Dos MMR o dos para sarampión, dos de paperas, dos de rubéola-sarampión – la primera vacuna tiene que ser después de un año de edad
Una para varicela en los grados 2-5; 8-12; dos de varicela en Kínder, 1, 6, 7
Tres hepatitis B – a los estudiantes mayores se les puede dar 2 dosis de la vacuna para adultos (recombivax)
Una para tosferina (Tdap) – para estudiantes mayores que entran al 6to grado en el 2007 y para futuros estudiantes nacidos después del 4 de enero'94

Prueba de educación anterior
___Solicitud/tarjeta de transferencia ___calificaciones ___ registros de educación especial (según corresponda)

PROPIETARIO	INQUILINO	FAMILIA QUE VIVE CON OTRA FAMILIA
TRES (3) pruebas originales indicadas más abajo: **DOS** (2) PRUEBAS ORIGINALES DE LAS SIGUIENTES: Título o escritura de la casa Contrato de la casa Documento de compraventa de bienes raíces Affidávit notariado del propietario Recibo reciente de la factura de los impuestos del Condado de Nassau del propietario Estado de cuenta reciente de la hipoteca o factura del seguro de la propiedad del dueño Además, **UNA** de las siguientes pruebas originales **RECIENTE** con el nombre del propietario: Factura reciente de electricidad Factura reciente de agua Factura reciente del teléfono celular Factura reciente del combustible para la calefacción Factura reciente del teléfono Factura reciente del gas Factura reciente del cable/satélite Factura reciente del sistema de alarma Factura reciente de la tarjeta de crédito	**TRES** (3) pruebas originales de las indicadas a continuación: Affidávit notariado del propietario o contrato de alquiler Recibo reciente de la factura de impuestos del Condado de Nassau del propietario Estado de cuenta de la hipoteca reciente del propietario Factura del seguro de la propiedad del dueño Además de lo anterior, **TRES (3)** de las siguientes pruebas originales a nombre del inquilino: Estado de cuenta bancaria reciente Factura reciente de electricidad Factura reciente del teléfono celular Factura reciente del combustible para la calefacción Factura reciente de teléfono Factura reciente del gas Factura reciente del cable/satélite Factura reciente del sistema de alarma Factura reciente de la tarjeta de crédito	**TRES** (3) pruebas originales de las indicadas a continuación: Affidávit notariado por el propietario o contrato de alquiler Recibo reciente de la factura de impuestos del Condado de Nassau del propietario Estado de cuenta de la hipoteca de la propiedad del del propietario Factura del seguro de la propiedad del dueño Además de lo anterior, **TRES (3)** de las siguientes pruebas originales a nombre de la familia que vive con el propietario: Estado de cuenta bancaria reciente Factura reciente de electricidad Factura reciente del teléfono celular Factura reciente del combustible de calefacción Factura reciente de teléfono Factura reciente del gas Factura reciente del cable/satélite Factura reciente del sistema de seguridad Factura reciente de la tarjeta de crédito

ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE
SOLICITUD PARA CANDIDATO NUEVO
(Favor de escribir en letra de molde)

Nombre del alumno _____ Sexo __ M __ F Fecha de nacimiento ___/___/___
Apellido Nombre

Dirección _____ Teléfono _____
Número Calle Pueblo/estado Código postal

¿Sin hogar?_____ Sí _____ No Número de celular _____

Lugar de nacimiento _____ ¿En hogar sustituto? ____ Sí ____ No
Pueblo/estado/país

Fecha de la primera vez que entró a una escuela en los EE.UU. _____

DIRECCIONES ANTERIORES (LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS)	FECHAS DESDE/HASTA	DISTRITO ESCOLAR

La última escuela que asistió _____ Grado completado _____

Dirección de la escuela _____ Grados reprobados _____

¿Ha asistido su hijo(a) a la escuela en Hicksville anteriormente? ___Sí ___ No Si contestó que sí, ¿cuál escuela? _____

Nombre del padre _____ **Dirección** _____
(Si es diferente a la del/los estudiante/s)

Empleado por _____Tel. del trabajo _____ Celular _____ Ocupación _____

Nombre de la madre _____ **Dirección** _____
(Si es diferente a la del/los estudiante/s

Empleada por _____Tel. del trabajo _____ Celular _____ Ocupación _____

Médico de la familia _____
Nombre Dirección Teléfono

Contacto de emergencia _____
(Aparte de los padres) Nombre Dirección Teléfono

Parentesco _____

Etnicidad:

Indígena de los EE.UU. o nativo de Alaska _____ Asiática u oriundo de las islas del pacífico _____ Multirracial _____
Negro _____ Idioma primario _____
Blanco _____ Idioma(s) hablado(s) en la casa _____
Hispano _____ Idioma de la correspondencia _____

ESCRIBA LOS NOMBRES DE OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA

Nombre	Dirección	Fecha de nacimiento	Escuela a la que asiste	Grado

Padre/madre biológico(a) _____ Sí _____No
Padre/madre con la custodia _____ Sí _____ No
Encargado(a) _____ Sí _____No

_____
Firma del padre/madre/encargado(a) Fecha

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (OFFICE USE ONLY)

Census Form Completed: _____ Y _____ N Records Requested _____ Received _____
(Date) (Date)

Registered by: _____ Date _____ School _____ Grade_____ Transportation _____

REGISTRAR

Este es un documento legal. La información proveída por usted será utilizada por la Junta de Educación para determinar si un/a alumno/a tiene el derecho a una educación gratis en este distrito escolar. **Cada pregunta debe ser contestada o de lo contrario este Afidávit no se tomará en consideración.**

ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE
AFIDAVIT DE CASERO

ESTADO DE NUEVA YORK)
CONDADO DE NASSAU) SS:

Yo, _____, de mayoría de edad, bajo juramento de acuerdo con la ley, depone y declara:

1. Yo soy el dueño /a de la propiedad ubicada en _____ en el Distrito Escolar de Hicksville.

2. _____ es un/a inquilino/a y ha sido inquilino/a en la localidad ya mencionada desde el _____, 20___. Una copia completa y válida del contrato de arrendamiento de dicho inquilino/a, si está por escrito, está incluida aquí. En el caso de que este inquilino/a no tenga un contrato por escrito, los términos pertinentes de tal contrato son los siguientes:

   A. Ponga un circulo alrededor de uno de los siguientes: de mes a mes / de año a año

   B. Cantidad de Alquiler: $_____ por _____.

   C. Los nombres de los inquilinos permitidos son:

   1._____ 4._____

   2._____ 5._____

   3._____ 6._____

3. Estoy haciendo esta Afidávit sabiendo que la Junta de Educación de Hicksville va a depender de la misma para determinar si _____ será considerado/a un/a alumno/a con derecho a educación gratuita.

4. Yo _____ creo _____ no creo que _____ haya sido un/a inquilino/a en la dirección mencionada anteriormente.

Entiendo y estoy de acuerdo que si cualquiera de las declaraciones hechas por mí son deliberadamente falsas, yo podría estar sometido/a posiblemente a un juicio criminal y civil.

_____
(Casero)

Jurado y suscrito ante mí
Este _____ día de _____, 20_____.

_____
(Notario Público)

Anexo 1

This is a legal document. The information provided by you will be used by the Board of Education to determine whether a pupil is entitled to a free education in this school district. **Every question must be answered or the Affidavit will not be considered.**

HICKSVILLE PUBLIC SCHOOLS
AFFIDAVIT OF LANDLORD

STATE OF NEW YORK)
COUNTY OF NASSAU) SS:

I,_____, of full age, being duly sworn upon his or her oath, according to law, deposes and says:

1. I am the owner of the property located at_____ in the Hicksville School District

2. _____is a tenant and has been a tenant at the above premises since _____ _____, 20____. A true and complete copy of this tenant's lease, if in written form, is attached hereto. In the event that the tenant does not have a written lease, the pertinent terms of said lease are as follows:

   A. Circle one of the following: month to month / year to year

   B. Rental Amount: $_____per_____.

   C. The names of the permissible tenants are as follows:

   1._____ 4._____

   2._____ 5._____

   3._____ 6._____

3. I am making this affidavit knowing that the Hicksville Board of Education will rely on same in determining whether _____ will be considered a pupil who is entitled to an education free of charge.

4. I ____do_____do not believe that _____has been a tenant at the above premises

1. I understand and agree that if any of the statements made by me are willfully false that I may be subject to potential civil as well as criminal prosecution.

_____
(Landlord)

Sworn and subscribed before
Me this _____day of _____, 20____.

_____
(Notary Public)

Exhibit 1

Este es un documento legal. La información proveída por Ud. será utilizada por la Junta de Educación para determinar si un/a alumno/a tiene derecho a una educación gratis en este distrito escolar. **Cada pregunta debe ser contestada o sino este Afidávit no se tomará en consideración.**

HICKSVILLE PUBLIC SCHOOLS
AFFIDAVIT DE RESIDENTE DE HICKSVILLE CON RELACION CUSTODIAL

ESTADO DE NUEVA YORK)
CONDADO DE NASSAU) SS:

Yo, _____, mayor de edad, bajo juramento de acuerdo con la ley, depone y declara:

1. Yo vivo en _____, en el Distrito Escolar de Hicksville, en el Condado de Nassau en el Estado de Nueva York.

2. Atesto que _____, que tiene _____ años de edad, y reside conmigo a diario, durante todo el año en _____ en el Distrito Escolar de Hicksville.

3. El niño/a mencionado/a anteriormente ha residido conmigo desde _____ de 20___, y es mi intención que dicho niño/a resida conmigo hasta _____.

4. El niño/a mencionado/a anteriormente no puede residir con su padre/madre/guardián debido a la(s) razón(es) siguiente(s):

_____

_____

5. Atesto aquí que declararé/no declararé (marque uno) al niño/a mencionado/a anteriormente como dependiente en el año fiscal corriente.

6a. Mantengo al niño/a mencionado/a anteriormente completamente y sin cargos.

O BIEN

6b. Recibo $_____ para la manutención del niño/a mencionado/a anteriormente por semana/mes/año (marque uno).

7. Yo por la presente acepto responsabilidad completa por TODOS los aspectos del cuidado de mi hijo/a incluyendo, pero sin limitarse a, autorización para consentir todo y cualquier programa educativo, al igual que consentir, y proveer para todo y cualquier necesidad de salud, médica y de seguridad de mi hijo/a.

8. Estoy haciendo este Affidávit sabiendo que la Junta de Educación de Hicksville va a depender del mismo para determinar si _____ será considerado/a un/a alumno/a con derecho a educación gratuita.

9. Entiendo y estoy de acuerdo que si cualquiera de las declaraciones hechas por mí son deliberadamente falsas, yo podría estar sometido posiblemente a cargos criminales y civiles

_____
(Residente de Hicksville con relación custodial)

Jurado y suscrito ante mí
Este _____ día de _____, 20____.

_____
(Notario Público)

This is a legal document. The information provided by you will be used by the Board of Education to determine whether a pupil is entitled to a free education in this school district.

HICKSVILLE PUBLIC SCHOOLS
AFFIDAVIT OF HICKSVILLE RESIDENT IN CUSTODIAL RELATIONSHIP

STATE OF NEW YORK)
COUNTY OF NASSAU) SS:

I, _____, of full age, being duly sworn upon his or her oath, according to law, deposes and says:

1. I reside at _____, in the Hicksville School District, in the County of Nassau in the State of New York.

2. I attest that _____, who is _____years old, resides with me on a full time, year round basis at _____, in the Hicksville School District.

3. The above child has resided with me since_____, 20____, and it is my intention that the above child will reside with me until_____.

4. The above child cannot reside with his/her parent/guardian for the following reason(s):
_____
_____

5. I state herein that I will/I will not (circle one) claim the above named child as a dependent for the current tax year.

6a. I support the above named child entirely and without charge.

OR

6b. I receive $_____ toward the support of the above named child per week/month/year (circle one) from _____.

7. I hereby accept full responsibility for ALL aspects of the above child's care including, but not limited to, authorization to consent to any and all educational programs, as well as to consent to, and provide for, any and all health, medical and safety need of the above child.

8. I am making this affidavit knowing that the Hicksville Board of Education will rely on same in determining whether _____ will be considered a pupil who is entitled to an education free of charge.

9. I understand and agree that if any of the statements made by me are willfully false that I may be subject to potential civil as well as criminal prosecution.

Sworn and subscribed before
me this _____day of _____, 20____.

_____
(Hicksville Resident in Custodial Relationship)

_____
(Notary Public)

Exhibit 4

Este es un documento legal. La información proveída por Ud. será utilizada por la Junta de Educación para determinar si un/a alumno/a tiene derecho a una educación gratis en este distrito escolar. **Cada pregunta debe ser contestada o sino este Afidávit no se tomará en consideración.**

HICKSVILLE PUBLIC SCHOOLS
AFFIDAVIT DE PADRE/MADRE CONCUSTODIA O GUARDIAN LEGAL NO RESIDENTE

ESTADO DE NUEVA YORK)
CONDADO DE NASSAU) SS:

Yo, _____, mayor de edad, bajo juramento de acuerdo con la ley, depone y declara:

1. Yo vivo en _____, en el pueblo (ciudad) de _____, en el Estado de Nueva York.

2. Soy el padre/.madre con custodia/guardián de mi hijo/a _____, que tiene _____ años de edad, y que reside con _____ en el Distrito Escolar de Hicskville. (UNA COPIA DE LOS DOCUMENTOS DE CUSTODIA/TUTELA LEGAL DEBIDAMENTE EJECUTADOS DEBE INCLUIRSE)

3. Mi hijo/a ha residido con la persona mencionada anteriormente desde _____ de 20___, y es mi intención que mi hijo/a resida con dicha persona hasta _____.

4. Mi hijo/a no puede residir conmigo debido a la(s) razón(es) siguiente(s): _____
_____
_____

5. Atesto aquí que declararé/no declararé (marque uno) al niño/a mencionado/a anteriormente como dependiente en el año fiscal corriente.

6a._____ mantiene completamente al niño/a mencionado/a anteriormente sin cargo.

O BIEN

6b. Proveo $_____ para la manutención de mi hijo/a mencionado/a anteriormente por semana/mes/año (marque uno).

7. Yo por la presente autorizo a _____ a que tenga responsabilidad completa por TODOS los aspectos del cuidado de mi hijo/a incluyendo, pero sin limitarse a, autorización para consentir todo y cualquier programa educativo, al igual que consentir, y proveer para todo y cualquier necesidad de salud, médica y de seguridad de mi hijo/a.

8. Estoy haciendo este Affidávit sabiendo que la Junta de Educación de Hicksville va a depender del mismo para determinar si _____ será considerado/a alumno/a con derecho a educación gratuita.

9. Entiendo y estoy de acuerdo que si cualquiera de las declaraciones hechas por mí son deliberadamente falsas, yo podría estar sometido posiblemente a cargos criminales y civiles

_____
(Padre/Madre/Guardián)

Jurado y suscrito ante mí
Este _____ día de _____, 20____.

_____
(Notario Público)

This is a legal document. The information provided by you will be used by the Board of Education to determine whether a pupil is entitled to a free education in this school district.

HICKSVILLE PUBLIC SCHOOLS

AFFIDAVIT OF NON-RESIDENT CUSTODIAL PARENT OR LEGAL GUARDIAN

STATE OF NEW YORK)
COUNTY OF NASSAU) SS:

I, _____, of full age, being duly sworn upon his or her oath, according to law, deposes and says:

1. I reside at _____, in the town (city) of _____, in the State of _____.

2. I am the legal custodian/guardian of _____, who is _____ years old, and who resides with _____, on a full time, year round basis at _____, in the Hicksville School District.
(A COPY OF THE DULY EXECUTED CUSTODY/GUARDIANSHIP PAPERS MAY BE ATTACHED).

3. My child has resided with the above person since _____, 20____, and it is my intention that my child will reside with the above person until _____.

4. My child cannot reside with me for the following reason(s):_____

5. I state herein that I will/will not(circle one) claim the above named child as a dependent for the current tax year.

6a. _____, entirely supports my above named child without charge

OR

6b. I provide $_____toward the support of my above named child per week/month/year (circle one)

7. I hereby authorize _____, to have full responsibility for ALL aspects of my child's care including, but not limited to, authorization to consent to any and all educational programs, as well as to consent to, and provide for, any and all health, medical and safety needs of my child.

8. I am making this affidavit knowing that the Hicksville Board of Education will rely on same in determining whether _____ will be considered a pupil who is entitled to an education free of charge.

9. I understand and agree that if any of the statements made by me are willfully false that I may be subject to potential civil as well as criminal prosecution.

Sworn and subscribed before
me this _____day of _____, 20____

_____
(Notary Public)

_____
(Parent/Guardian)

Exhibit 2

ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE
Edificio de Administración
200 Division Avenue
Hicksville, NY 11801-4800

Teléfono: 516-733-2101 Fax: 516-733-6683

Estimados padres:

En observación de las Directrices estatales, el programa de Evaluación de Hicksville ha sido diseñado para obtener información preliminar sobre el desarrollo de un niño(a) en las siguientes áreas:

- desarrollo físico
- desarrollo cognitivo
- desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo
- habilidad para articular
- desarrollo motor

Al reverso de esta carta hay un Formulario de Inscripción para el Programa de Evaluación. Por favor llenen este formulario en el momento de la matriculación. Después de terminar las pruebas, se le notificará lo antes posible si su hijo(a) recibe una clasificación muy alta o muy baja para iniciar pruebas y observaciones adicionales con su consentimiento y guía.

Si usted lo solicita, se pondrá a su disposición un folleto de información. Éste describe dicho programa de evaluación del distrito para todos los estudiantes nuevos.

Atentamente,

Escuelas Públicas de Hicksville
Oficina de Matriculación

ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE

Formulario de Inscripción para el Programa de Evaluación

Nombre del niño(a): _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Nombre del padre/madre/tutor(a): _____

Grado de entrada: _____ **Idioma nativo hablado en el hogar:** _____

Número de niños en la familia: _____ **Posición en la familia:** _____

Enumere los otros niños en la familia de un día de nacidos hasta los 18 años de edad

Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela a que asiste

¿Toma el niño(a) algún medicamento actualmente? _____ **Favor de escribir los nombres de los medicamentos:**

_____

1. **¿Ha sido su hijo(a) hospitalizado(a) alguna vez?** _____ **Fecha:** _____
   Si es así, ¿cuál fue la razón? _____
   ¿Alguna otra enfermedad o lesión seria?
   _____
2. **Favor de enumerar las alergias.**
   _____
3. **Favor de enumerar los problemas del habla.**
   _____
4. **Favor de enumerar otros problemas relacionados con el aprendizaje.**
   _____
5. **¿Ha sido su niño(a) examinado(a) o evaluado(a) para educación especial?**
   _____
   Si es así, ¿en qué distrito escolar?
   _____
6. **¿Ha recibido su niño(a) servicios de Educación Especial alguna vez en otro distrito escolar?** _____
   Si es así, desde: _____ **hasta:** _____ **¿en cuál distrito escolar?** _____
7. **Naturaleza de los servicios:** _____ **Programa del aula de recursos**
   _____ **Clase especial**
   _____ **Servicios del habla y del lenguaje**
   _____ **Otro; favor de especificar:** _____

Comentarios adicionales: _____
_____
_____

Entiendo que todos los informes y los resultados de las pruebas se tratarán con confidencialidad.

Firma del padre/madre/tutor(a): _____ **Fecha:** _____

ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE

Servicios de Salud

Estimados padres/tutores:

Por favor llenen este formulario del historial de salud y devuélvanlo firmado.

Nombre del estudiante: _____ sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Madre: _____ padre: _____ tutor(a): _____

Médico de la familia: _____

Dirección: _____ teléfono: _____

SI LOS PADRES/TUTORES NO ESTÁN DISPONIBLES, EN CASO DE EMERGENCIA, LLAMAR A:

Nombre: _____ teléfono: _____

Nombre: _____ teléfono: _____

HISTORIAL DE SALUD

Por favor expliquen las enfermedades, operaciones o lesiones serias:

_____

_____

_____

¿Tiene su hijo(a) alguno de los siguientes? (Por favor explique debajo toda respuesta positiva):

1. Asma	**sí___ no ___**	**7. Enfermedad crónica**	**sí ___ no ___**
2. Alergias	**sí ___ no ___**	**8. Problemas de los oídos/audición**	**sí ___ no ___**
3. Diabetes	**sí ___ no ___**	**9. Problemas de los ojos/visión**	**sí ___ no ___**
4. Problemas cardíacos	**sí ___ no ___**	**10. Lentes/lentes de contacto**	**sí ___ no ___**
5. Convulsiones/epilepsia	**sí ___ no ___**	**11. Toma medicamentos a diario**	**sí ___ no ___**
6. Condición ortopédica	**sí ___ no ___**	**12. Condición de la piel/sarpullido**	**sí ___ no ___**

Explicación de las respuestas positivas:

_____

_____

_____

Para cada una de las respuestas positivas en **letras negritas** más arriba (del 1 al 7), favor de llenar la parte de atrás de este formulario.

Fecha: _____ Firma del padre/madre/tutor(a): _____

Deben llenar este formulario si contestaron que "sí" a alguna de las preguntas del 1-7 en el reverso de esta página. Noten que este formulario debe estar acompañado de una receta firmada por un médico para poder considerarse.

Oficina médica que atiende al estudiante: _____

Dirección: _____ teléfono: _____

Diagnóstico: _____ fecha de inicio: _____

Cantidad de hospitalizaciones, razones, resultados, fechas: _____

_____

_____

¿Cuáles fueron las señales y síntomas del problema de salud? _____

_____

_____

¿Qué clase de tratamientos, intervenciones y enfoques específicos se usan?: _____

_____

_____

¿Necesita su hijo(a) usar alguna medicina de emergencia (ejemplo: EpiPen, Benadryl, Glucagon, Valium, etc.)?

_____

_____

¿Cuáles son los cuidados especiales que necesita en la escuela (dieta, tratamientos, equipo, prótesis, frenillos, suministros, etc.)? _____

_____

¿Cuáles medicamentos necesita tomar su hijo(a) específicamente mientras está en la escuela y a qué hora?

_____

_____

_____

_____

¿Qué consideraciones especiales tiene usted con relación al problema de salud de su hijo(a) cuando está en la escuela (por ejemplo: educacional, del comportamiento, precauciones durante la educación física, en los deportes, en el receso, en los paseos escolares)? _____

_____

_____

¿De qué manera afecta la condición de su hijo(a) el nivel de actividad que él/ella puede hacer?

_____

_____

Si su hijo(a) tiene un problema en la escuela relacionado con su condición de salud, ¿qué plan de acción preferirían usted y su médico que tomara el personal de la escuela? _____

_____

_____

Por favor indique si le preocupa de alguna manera que compartamos la información en este formulario con el/la maestro(a), el/la conductor(a) del autobús y con cualquier otro personal escolar pertinente: *sí _____ no _____
(*La enfermera de la escuela se comunicará con usted para discutir sus inquietudes).

Firma del padre/madre/tutor(a): _____

*****ATENCIÓN****

Los formularios médicos deben tener la firma original del doctor, así como también el sello de la oficina del doctor. Si su doctor quiere usar este formulario, éste debe tener la firma original y el sello de la oficina del doctor.

LISTA DE RECURSOS COMUNITARIOS PARA EL CUIDADO MÉDICO

1. Westbury/New Cassel Community Health Center
   (Centro Comunitario de Salud de Westbury/New Cassel)
   682 Union Avenue
   Westbury, NY 11590
   (516)571-9500

2. Dr. Karl Freidman, M.D.
   Split Rock Medical Building
   66 Split Rock Road
   Syosset, NY 11791
   (516)921-3131

3. Doctors Immediate Care (Cuidado Médico Inmediato)
   1610 Old Country Road
   Westbury, NY 11590
   (516)228-4900

4. Pediatric Ambulatory Care Center
   (Centro de Cuidado Pediátrico Ambulatorio)
   Nassau University Medical Center (NUMC) (Centro Médico de Nassau)
   2201 Hempstead TPKE
   East Meadow, NY 11554
   (516)572-6367

ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE

Certificación de las vacunas

Por este medio certifico que _____ _____
Primer nombre Apellido

Grado: _____ Escuela: _____ Fecha de nacimiento: _____

Se le pusieron las siguientes vacunas (dé la fecha completa: mes, día y año)

Sarampión_____ _____ (fecha de la enfermedad:_____) (prueba hecha:_____)

Paperas_____ _____ (fecha de la enfermedad:_____) (prueba hecha: _____)

Rubéola_____ _____(fecha de la enfermedad:_____) (prueba hecha:_____)

MMR (por sus siglas en inglés) (Sarampión/paperas/Rubéola) _____ _____

Hib: (bacteria causante de la meningitis y la epiglotitis): _____ _____

Polio: (IPV, OPV) _____ _____ _____ _____ _____ _____

DPT/D Tap: _____ _____ _____ _____ _____ _____
(Difteria, tos ferina, tétano)

DT/TD: _____ _____ _____ _____ _____ _____

Tdap: _____ _____

Meningococo: _____ _____ _____ _____

Hep B: _____ _____ _____ _____

Varicela: _____ _____ (fecha de la enfermedad: _____)

Examen para detectar el plomo _____ _____

PPD (derivado proteico purificado: examen para detectar la tuberculosis silenciosa) CXR: _____

( ) Excepción por razones religiosas o médicas ( ) Informe serológico adjunto

(Documentación adjunta)

Sello del doctor: **Fecha**:_____ **Firma del doctor**: _____

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM

TO BE COMPLETED IN ENTIRETY BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR

Note: NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special education (CPSE).

STUDENT INFORMATION

Name: | Sex: ☐ M ☐ F DOB:

School: | Grade: Exam Date:

HEALTH HISTORY

Allergies ☐ No ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Anaphylaxis Care Plan Attached

☐ Yes, indicate type ☐ Food ☐ Insects ☐ Latex ☐ Medication ☐ Environmental

Asthma ☐ No ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Asthma Care Plan Attached

☐ Yes, indicate type ☐ Intermittent ☐ Persistent ☐ Other : _____

Seizures ☐ No ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Seizure Care Plan Attached

☐ Yes, indicate type ☐ Type: _____ Date of last seizure: _____

Diabetes ☐ No ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached

☐ Yes, indicate type ☐ Type 1 ☐ Type 2 ☐ HbA1c results: _____ Date Drawn: _____

Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes:

Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother; and/or pre-diabetes.

BMI_____kg/m2 **Percentile (Weight Status Category):** ☐ <5th ☐ 5th-49th ☐ 50th-84th ☐ 85th-94th ☐ 95th-98th ☐ 99th and>

Hyperlipidemia: ☐ No ☐ Yes **Hypertension:** ☐ No ☐ Yes

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height: **Weight:** **BP:** **Pulse:** **Respirations:**

TESTS	Positive	Negative	Date
PPD/ PRN	☐	☐	
Sickle Cell Screen/PRN	☐	☐	
Lead Level Required Grades Pre- K & K			**Date**
☐ Test Done ☐ Lead Elevated ≥ 10 µg/dL			

Other Pertinent Medical Concerns

One Functioning: ☐ Eye ☐ Kidney ☐ Testicle

☐ Concussion – Last Occurrence: _____

☐ Mental Health: _____

☐ Other: .

☐ **System Review and Exam Entirely Normal**

Check Any Assessment Boxes *Outside* Normal Limits And Note Below Under Abnormalities

☐ HEENT	☐ Lymph nodes	☐ Abdomen	☐ Extremities	☐ Speech
☐ Dental	☐ Cardiovascular	☐ Back/Spine	☐ Skin	☐ Social Emotional
☐ Neck	☐ Lungs	☐ Genitourinary	☐ Neurological	☐ Musculoskeletal

☐ Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:

☐ Additional Information Attached

Diagnoses/Problems (list)	ICD-10 Code

Name:	DOB:

SCREENINGS

Vision	Right	Left	Referral	Notes
Distance Acuity	20/	20/	☐ Yes ☐ No	
Distance Acuity With Lenses	20/	20/		
Vision – Near Vision	20/	20/		
Vision – Color ☐ Pass ☐ Fail				
Hearing	**Right** dB	**Left** dB	**Referral**	
Pure Tone Screening			☐ Yes ☐ No	
Scoliosis Required for boys grade 9	**Negative**	**Positive**	**Referral**	
And girls grades 5 & 7	☐	☐	☐ Yes ☐ No	
Deviation Degree:		Trunk Rotation Angle:		

Recommendations:

RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK

☐ **Full Activity** without restrictions including Physical Education and Athletics.

☐ **Restrictions/Adaptations** Use the Interscholastic Sports Categories (below) for Restrictions or modifications

- ☐ **No Contact Sports** — **Includes:** baseball, basketball, competitive cheerleading, field hockey, football, ice hockey, lacrosse, soccer, softball, volleyball, and wrestling
- ☐ **No Non-Contact Sports** — **Includes:** archery, badminton, bowling, cross-country, fencing, golf, gymnastics, rifle, Skiing, swimming and diving, tennis, and track & field
- ☐ **Other Restrictions:**

☐ **Developmental Stage for Athletic Placement Process ONLY**

Grades 7 & 8 to play at high school level **OR** Grades 9-12 to play middle school level sports

Student is at **Tanner Stage:** ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

☐ **Accommodations:** Use additional space below to explain

☐ Brace*/Orthotic	☐ Colostomy Appliance*	☐ Hearing Aids
☐ Insulin Pump/Insulin Sensor*	☐ Medical/Prosthetic Device*	☐ Pacemaker/Defibrillator*
☐ Protective Equipment	☐ Sport Safety Goggles	☐ Other:

*Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.

Explain: _____

MEDICATIONS

☐ **Order Form for Medication(s) Needed at School attached**

List medications taken at home:

IMMUNIZATIONS

☐ Record Attached ☐ Reported in NYSIIS Received Today: ☐ Yes ☐ No

HEALTH CARE PROVIDER

Medical Provider Signature: **Date:**

Provider Name: *(please print)* Stamp:

Provider Address:

Phone:

Fax:

Please Return This Form To Your Child's School When Entirely Completed.

Escuelas Públicas de Hicksville

Programas/servicios previos de Educación Especial

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Escuela a la que asistió: _____ Distrito: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Último grado que completó: _____ Nombre del/la maestro(a)/orientador(a): _____

¿Recibió el estudiante servicios de educación especial? ___ NO ___ SÍ (explique más abajo)

Si respondió que "SÍ" más arriba, por favor llene lo siguiente:

Tipo de programa especial al que asistió:

___ Aula de recursos ___ Clase especial ___ Asesor(a) educativo(a) ___ Servicios relacionados

___ Educación especial en BOCES - nombre de la escuela: _____

___ Otro (especifiquen el tipo de programa o el nombre de la escuela): _____

Servicios relacionados suministrados en la colocación más reciente (marque todos los que correspondan):

___ Habla/lenguaje ___ Psicoterapia ___ Terapia ocupacional

___ Terapia física ___ Servicios auditivos ___ Servicios visuales

Clasificación (si se conoce)

___ Discapacidad del aprendizaje ___ Retraso mental ___ Dificultad al hablar

___ Trastorno emocional ___ Otro problemas de salud ___ Discapacidades múltiples ___ Autismo

___ Sordera ___ Trastorno ortopédico ___ Limitación auditiva ___ Sordera-ceguera

___ Trastornos de la vista ___ Lesión cerebral traumática

¿Tiene una copia del Plan de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) más reciente de su hijo(a)?

___ NO ___ SÍ (favor de adjuntar)

Nombre del presidente/director del Comité de Educación Especial (CSE, por sus siglas en inglés): _____

Dirección de la Oficina de la oficina del CSE: _____ Teléfono: _____

Autorización para entrega de los registros/información a las Escuelas Públicas de Hicksville

Autorizo la escuela y al Comité de Educación Especial (CSE) indicado arriba a que entregue a las escuelas de Hicksville todos los registros académicos, psicológicos, psiquiátricos, médicos, todas las demás evaluaciones y los Planes de Educación Individualizados (IEP's). Tengo entendido que todos los registros serán tratados en forma confidencial y que y que el acceso a éstos estará limitado al personal de la escuela que trabaja con mi hijo(a). Entiendo que puedo revisar los registros. También doy mi consentimiento para que el personal del distrito escolar que trabaje con mi hijo(a) – el/la director(a) de la escuela, el/la psicólogo(a), el/la trabajador(a) social, los/las maestros(as) regulares o de educación especial, los proveedores de servicios relacionados, el/la orientador(a) escolar y el/la presidente del Comité de Educación Especial (CSE) – hablen con individuos de la escuela y de la oficina de CSE indicada más arriba. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y que lo puedo retirar en cualquier momento.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE: Por favor envíen copias de todas las evaluaciones y los registros a:

Comité de Educación Especial
Distrito Escolar de Hicksville
200 Division Avenue
Hicksville, NY 11801
Teléfono: (516)733-2160 – Fax: (516)733-6683

ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL Y OFICINA DE PERSONAL DE ASISTENCIA AL ESTUDIANTADO

200 Division Avenue
Hicksville, New York 11801
Teléfono: (516)733-2168 – Fax: (516)733-6683

FORMULARIO PARENTAL DE SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE REGISTROS

Padres/tutores, por favor escriban legible en letra de molde y firmen para autorizarnos compartir los registros escolares:

SOLICITADO EN FECHA: _____ FECHA QUE COMENZÓ EN HICKSVILLE POR PRIVERA VEZ: _____

ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ GRADO: _____

ESCUELA ANTERIOR: _____

TELÉFONO DE LA ESCUELA ANTERIOR: _____ FAX: _____

DIRECCIÓN ANTERIOR DEL ESTUDIANTE: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: _____

FORMER DISTRICT, PLEASE SEND ALL PERTINENT EDUCATIONAL RECORDS TO:
(DISTRITO ESCOLAR ANTERIOR, POR FAVOR ENVÍEN TODOS LOS REGISTROS ACADÉMICOS PERTINENTES A):

___ Burns Avenue School, 40 Burns Avenue, Hicksville, NY 11801 – Phone: (516)733-2311; Fax: (516)733-6694

___ Dutch Lane School, 50 Stewart Avenue, Hicksville, NY 11801 – Phone: (516)733-2361; Fax: (516)733-3520

___ East Street School, 50 East Street, Hicksville, NY 11801 – Phone: (516)733-2321; Fax: (516)733-3533

___ Fork Lane School, 4 Fork Lane, Hicksville, NY 11801 – Phone: (516)733-2341; Fax: (516)733-3521

___ Lee Avenue School, 1 Seventh Street, Hicksville, NY 11801 – Phone: (516)733-2351; Fax: (516)733-3522

___ Old Country Road School, 49 Rhodes Lane, Hicksville, NY 11801 – Phone: (516)733-2301; Fax: (516)733-3523

___ Woodland School, 85 Ketcham Road, Hicksville, NY 11801 – Phone: (516)733-2331; Fax: (516)733-3524

___ Middle School, 215 Jerusalem Avenue, Hicksville, NY 11801 – Phone: (516)733-2272; Fax: (516)733-6528
ATENCIÓN: DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN ACADÉMICA

___ High School, 180 Division Avenue, Hicksville, NY 11801 – Phone: (516)733-2221; Fax: (516)733-1194
ATENCIÓN: DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN ACADÉMICA

ALL SPECIAL EDUCATION IEP'S OR 504 PLAN AS APPLICABLE ARE TO BE SENT TO:
(TODOS LOS PLANES DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADOS O EL PLAN 504 DEBEN SER ENVIADOS A:)

___ Committee on Special Education, Hicksville Public Schools, 200 Division Avenue, Hicksville, NY 11801, phone (516)733-2160 – Fax: (516)733-6683

ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE
IDENTIFICACIÓN RACIAL Y ÉTNICA DEL ESTUDIANTE

ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE

IDENTIFICACIÓN RACIAL Y ÉTNICA DEL ESTUDIANTE

Todos los estudiantes entre las edades de 5 y 21 años tienen derecho a una educación pública gratis. A los niños no se les debe negar la matriculación por su raza, credo, país de origen, género, ciudadanía, discapacidad o estatus migratorio.

Nombre de la escuela:

Nombre del/la estudiante – Apellido, Primer nombre, segundo nombre	Grado:

Número de identificación del estudiante en el distrito:	Fecha de nacimiento: Mes/día/año

INSTRUCCIONES AL/LOS PADRE(S)/MADRE/TUTOR(ES):
POR FAVOR CONTESTE(N) TODAS LAS PREGUNTAS (1) Y (2). POR FAVOR LÉANLAS ANTES DE CONTESTARLAS. [En la pregunta (1) marque (✓) en la casilla que describa mejor a su hijo(a)]. Marque (✓) sólo una casilla.

1. ¿Es el estudiante hispano, latino o de origen español? Hispano, latino o de origen español quiere decir que la persona es cubana, mejicana, puertorriqueña, de Centroamérica o Suramérica, sin importar su raza.
☐ Sí, hispano(a)
☐ No, no hispano(a)

2. Elija una o más razas de los cinco grupos raciales [En la pregunta (2), marque (✓) en todos los grupos que apliquen para su hijo(a); marque (✓) por lo menos en una casilla]:

☐ **INDÍGENA AMERICANO O NATIVO DE ALASKA:** Una persona descendiente de cualquiera de los pueblos originales de Norte, Centro o Sur América o que mantiene afiliación a una tribu o que se mantiene contacto con su comunidad.

☐ **ASIÁTICO:** Una persona descendiente de cualquiera de los pueblos originales del lejano Oriente, del sudeste de Asia o del subcontinente Indio incluyendo, por ejemplo: Camboya, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas filipinas, Tailandia y Vietnam.

☐ **HAWAIANO NATIVO U OTRO ISLEÑO:** Una persona descendiente de cualquiera de los pueblos de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

☐ **NEGRO O AFROAMERICANO:** Una persona descendiente de cualquiera de los grupos raciales Negros de África.

☐ **BLANCO:** Una persona descendiente de cualquiera de los pueblos de Europa, del norte de África o del Oriente Medio.

_____ _____
Firma del padre/madre/tutor(a)/otro Fecha

Parentesco con el/la estudiante (por favor marque una de las casillas a continuación):

☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor(a) ☐ Otro (especifique): _____

Ver información importante al reverso para los padres/tutores y los procedimientos y las regulaciones de confidencialidad.

ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE
IDENTIFICACIÓN RACIAL Y ÉTNICA DEL ESTUDENTE

A los padres/tutores: Las Escuelas Públicas de Hicksville han adoptado una política que requiere que se recopile y se registre la identidad étnica de los estudiantes en las Escuelas Públicas de Hicksville, conforme a las categorías y definiciones federales. La información se usará para:

- Reportar información a los departamentos estatales y federales de educación.
- Planear programas educacionales y para asegurarse que estén disponibles para todos los estudiantes.
- Analizar diferencias en el rendimiento académico, asistencia y término de la escuela.

Necesitamos su ayuda para poder realizar esta tarea...por favor revisen las definiciones raciales/étnicas al reverso de esta página. Pongan una marca de cotejo (✓) en la casilla de la(s) categoría(s) que mejor describan a su hijo(a). Las Escuelas Públicas de Hicksville entienden la naturaleza confidencial de esta información y desean asegurarles que será salvaguardada conforme a las leyes y regulaciones estatales y federales de la confidencialidad del estudiante. Si no suministran de parte de su hijo(a) la información solicitada en este formulario, se le requerirá a una oficina de los registros del estudiante de la escuela o del distrito que identifique el grupo al cual parece pertenecer el estudiante, con el cual se identifica o al que la comunidad cree que pertenece. Gracias por su cooperación.

PROCEDIMIENTOS Y REGULACIONES DE CONFIDENCIALIDAD

Al personal de la escuela: este formulario se archivará en el expediente permanente del estudiante como información confidencial.

A los padres/tutores: La información que han proporcionado en este formulario es confidencial. Es protegida por las regulaciones de confidencialidad citadas más abajo.

La Ley de Confidencialidad y Derechos Educacionales de la Familia (1974), prohíbe el acceso no autorizado al expediente de los estudiantes y la publicación no autorizada de cualquier información contenida en los registros de los estudiantes que se pueda identificar, ya sea por el nombre del estudiante o por el número de identificación de éste.

Por favor llenen el formulario al reverso de esta página