

Estimado futuro estudiante/padre:

Para evitar retrasos en la inscripción, revise la lista a continuación y asegúrese de traer toda la documentación requerida.

Los estudiantes podrán registrarse SÓLO si se proporciona la documentación adecuada.

Al momento de la inscripción, por favor traiga los siguientes documentos:

- Acta de nacimiento, pasaporte o documentos migratorios originales. • Documento de custodia que demuestre la custodia de los padres.
- Prueba de residencia, definida como un contrato de alquiler o hipoteca o factura de servicios públicos que muestre su dirección física. ESTOS SON LOS ÚNICOS ARTÍCULOS ACEPTABLES.
- Si el estudiante está en educación especial, sería útil proporcionar un Plan de Educación Individual en el momento de la inscripción.
- Si el estudiante está siendo colocado en un hogar grupal o en un hogar de crianza, es necesaria una carta de la agencia de colocación. Formulario DS2999 junto con todos los demás trámites.
- Si la persona que registra a un estudiante no es el padre, el adulto debe mostrar documentos judiciales que demuestren que tiene la custodia del niño. Para garantizar que su estudiante esté registrado de manera oportuna, incluya TODOS los documentos aplicables al momento de la inscripción. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la registradora, Mary Riordan, al (315) 889-4112 o mriordan@unionspringscsd.org.

Gracias,

Mary Riordan
Registradora
Escuela Central de Union Springs

ESCUELA CENTRAL DE UNION SPRINGS
FORMULARIO DE REGISTRO DE K A 12

Fecha de ingreso: _____ Grado: _____ Identificación del estudiante: _____

• **Información del estudiante (en letra de imprenta)**

Nombre del estudiante: _____ Apodo: _____
(Primero) (Medio) (Último)

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

• **Identificación étnica y racial del estudiante**

Instrucciones para el padre/guardián: responda las preguntas (1) y (2). Léalos antes de responder.

Para la Pregunta 1, marque la casilla que mejor describa a su hijo. Esto es importante ya que esta información seguirá a su hijo a lo largo de su carrera académica y puede afectar las becas, la financiación y los datos estadísticos futuros relacionados con su hijo.

1. ¿El estudiante es hispano, latino o de origen español? Hispano, latino o de origen español significa una persona de Cubanos, mexicanos, puertorriqueños, centroamericanos o sudamericanos, u otra cultura u origen español, independientemente de la raza.

SÍ, hispano ____ NO, no hispano ____

2. Seleccione una o más razas de los siguientes cinco grupos raciales. Para la Pregunta 2, marque todos los grupos que se apliquen a su hijo.

____ Indio americano o nativo de Alaska: una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del norte y América del Sur (incluida América Central), y que mantienen la afiliación tribal o el apego a la comunidad.

____ Asiático: una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el sudeste asiático o la India subcontinente que incluye, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

____ Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico: una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

____ Negro o afroamericano: una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

____ Blanco: una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, África del Norte o el Medio Oriente.

INFORMACIÓN FAMILIAR

PADRE/GUARDIAN LEGAL

Nombre _____

Relación _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Celular _____

Nombre _____

Relación _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Teléfono de casa _____ Celular _____

Empleador: _____

Empleador:

Teléfono del trabajo: (____) _____ Ext. _____
Ext. _____

Teléfono del trabajo: (____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección de correo electrónico:

Autorizado para recoger Sí No

Autorizado para recoger Sí No

El estudiante reside con _____

¿Hay algún problema de custodia? __ Sí __ No **SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLIQUE Y PROPORCIONE DOCUMENTOS**

**** Adjunte una copia de los documentos de custodia legal más recientes u Orden de protección judicial, si corresponde. ****

¿A qué adulto se debe contactar primero en caso de una emergencia?

NOTA: La ley de educación requiere que el personal de la escuela lo llame si su hijo está ausente de la escuela. Enumere el contacto a contactar.

Nombre: _____ Teléfono: _____

•Familia

Enumere todos los miembros de la familia que viven en el hogar, incluidos todos los niños en edad preescolar.

Nombre complete Grado	Fecha de Nacimiento	Relación con el niño
--------------------------	---------------------	----------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

• Contacto de emergencia: (enumere dos personas que asumirán el cuidado temporal si el padre / tutor legal no está disponible)

Nombre _____

Nombre _____

Relación _____

Relación _____

Dirección _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Teléfono de casa _____ Celular _____

Teléfono de casa _____ Celular _____

Empleador: _____

Empleador:

Teléfono del trabajo: (____) _____ Ext. _____
Ext. _____

Teléfono del trabajo: (____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección de correo electrónico:

Autorizado para recoger Sí No

Autorizado para recoger Sí No

Médico a contactar en caso de emergencia _____ Teléfono

Enumere cualquier problema de salud:

• **Cuidado de crianza (formulario seguro DSS 2999)**

Trabajador social _____
Condado _____

Fecha de colocación _____ Distrito escolar de residencia en el momento de la colocación en cuidado de crianza

La respuesta que dé a continuación ayudará al distrito a determinar qué servicios pueden recibir usted o su hijo en virtud de 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.

_____ Con otra familia u otra persona debido a la pérdida de la vivienda o como resultado de dificultades económicas (a veces denominado "duplicado")

_____ En un Refugio _____ en un automóvil, parque, tren o campamento _____ en un motel / hotel _____ En vivienda permanente
_____ Situación de vivienda temporal (por favor describa):

Escriba en letra mayúsculas nombre del padre / tutor, o la firma del padre / tutor o

Estudiante (para jóvenes sin hogar no acompañados) Estudiante (para jóvenes sin hogar no acompañados)

• **Historial educativo del estudiante**

Última escuela a la que asistió:

Dirección: _____ Fecha de la última vez que asistió:

• **Información de registro adicional**

¿Un Comité de Educación Especial (CSE) ha identificado al estudiante con una discapacidad educativa? _____ Sí
_____ No

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

¿Tiene el estudiante un plan 504? __ Sí __ No En caso afirmativo, explique

Cuestionario sobre el idioma del hogar

Para brindarle a su hijo la mejor educación posible, necesitamos determinar qué tan bien entiende, habla, lee y escribe en inglés. Se agradece enormemente su ayuda para responder a estas preguntas.

1. ¿Qué idioma (s) se habla en el hogar o residencia del estudiante?

2. ¿Qué idioma (s) se le habla al estudiante la mayor parte del tiempo en el hogar? _____
3. ¿Qué idioma (s) comprende el estudiante? _____
4. ¿Qué idioma (s) habla el estudiante?

5. ¿Qué idioma (s) lee el estudiante?

6. ¿Qué idioma (s) escribe el estudiante?

7. En su opinión, ¿qué tan bien entiende, habla, lee y escribe el estudiante en inglés?

Entiende inglés:	Muy bien ____	Solo un poco ____	Nada ____
Habla inglés:	Muy bien ____	Solo un poco ____	Para nada ____
Lee inglés:	Muy bien ____	Solo un poco ____	Para nada ____
Escribe en inglés:	Muy bien ____	Solo un poco ____	Nada ____

• Información sobre cuidado infantil

Nombre del proveedor _____

Dirección _____

Números de teléfono) _____

¿Tiene el proveedor de cuidado infantil permiso para recoger a su hijo en caso de emergencia? Sí No

• Permiso para publicaciones

Mi hijo TIENE PERMISO para aparecer en el boletín escolar, folletos escolares, artículos de periódicos, sitio web del distrito, videos, etc.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN _____ FECHA _____

Mi hijo NO TIENE permiso para aparecer en los boletines escolares, folletos escolares, artículos de periódicos, el sitio web del distrito, videos, etc.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN _____ FECHA _____

*** EN CASO DE CAMBIAR ALGUNA DE ESTA INFORMACIÓN DURANTE EL AÑO, NOTIFIQUE A LA ESCUELA APROPIADA. ***

Firma del padre/guardián

Fecha

Distrito Escolar Central de Union Springs
Union Springs, Nueva York

**AUTORIZACIÓN PARA MÉDICO
TRATAMIENTO DE UN MENOR**

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

IDENTIFIQUE CUALQUIER ALERGIA, CONDICIONES ESPECIALES Y / O MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO
ACTUALMENTE: _____

Yo, como padre o tutor legal del menor mencionado anteriormente, por la presente designo a la Enfermera de la escuela y / o al Director de la escuela de A.J. Smith Elementary; Union Springs Middle School / High School para actuar en mi nombre al autorizar tratamiento médico inesperado y hospitalización. En mi ausencia, en casos de emergencia u otra situación médica que el médico tratante considere necesario. Entiendo que se hará todo lo posible para contactarme y que este formulario autorizará el tratamiento hasta que llegue al centro médico o en el caso de que mi presencia sea imposible.

Este formulario es válido por la duración de la inscripción en el Distrito Escolar Central de Union Springs, a menos que yo lo revoque por escrito.

Este documento se presentará a un médico, dentista o representante apropiado del hospital en el momento en que se requiera atención médica, dental, quirúrgica u hospitalización inesperadas.

PADRE / TUTOR: ¡SU FIRMA DEBE SER TESTIMONADA POR EL REGISTRADOR DEL DISTRITO!

Fecha _____ de firma _____
Dirección _____

TESTIGO:

Fecha _____ de firma _____
Dirección _____

COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN PARA MENORES MENCIONADOS ARRIBA:

Compañía de seguros o programa gubernamental _____
IDENTIFICACIÓN o número de contrato _____

Médico de familia: _____ Teléfono _____

Es la ley, si su hijo necesita servicios médicos, dentales, de salud u hospitalarios, usted como padre debe dar su permiso. Excepto en una verdadera emergencia, normalmente se le puede brindar cuidado a un niño solo con el consentimiento del padre / tutor. A veces, un niño puede necesitar cuidados inesperados que, sin embargo, no son una verdadera emergencia. En tales casos, hacer un esfuerzo por contactar a los padres para pedir permiso puede retrasar el tratamiento y crear momentos de ansiedad innecesarios para el niño.

Este es un documento legal. Complete este formulario con cuidado. Haga que su firma sea atestiguada por un adulto diferente de la persona a la que hace responsable de sus hijos.

Compruebe si se utiliza el reverso para obtener información médica adicional.

**Distrito Escolar Central de Union Springs
Union Springs, NY 13160**

Querido padre:

FÍSICOS - La Ley de Educación del Estado de Nueva York requiere que todos los recién inscritos Los estudiantes de Pre-K y Kindergarten tienen un examen médico por un médico antes de comenzar la escuela. El médico de la escuela también está disponible para realizar exámenes físicos en la escuela a los estudiantes en los grados PK, K, 1, 3, 5, 7, 9 y 11 a menos que la escuela reciba un informe escrito del médico del estudiante. El examen físico debe haberse administrado no más de doce meses antes del comienzo del año escolar en el que se requiere el examen.

VACUNAS - Las siguientes vacunas son requisitos de ingreso según lo establece la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York para todos los estudiantes recién inscritos:

	<u>Pre-K</u>	<u>Kindergarten</u>
Difteria / tos ferina / tétanos (DPT) ---	4 dosis	4-5 dosis
Vacuna contra la poliomielitis (IPV) ---	3 dosis	3-5 dosis
Sarampión / Paperas / Rubéola (MMR) ---	1 dosis	2 dosis
Hepatitis B ---	3 dosis	3 dosis
Varicela (o prueba confirmada --- Enfermedad activa)	1 dosis	2 dosis
HIB	1-4 dosis	N / A
Dosis de PCV	1-4 dosi	N / A

LOS NIÑOS NO INMUNIZADOS NO SERÁN ADMITIDOS A LA ESCUELA. Hay clínicas en el sótano del edificio de oficinas del condado de Cayuga en Auburn. Las clínicas matutinas y vespertinas se alternan cada dos martes. Las clínicas matutinas se llevan a cabo de 9:00 a 10:30 am. Las clínicas nocturnas se llevan a cabo de 4:00 a 5:30 pm. Estas clínicas son solo con cita previa. Puede comunicarse con la Clínica de Salud del Condado de Cayuga al 253-1560.

ASISTENCIA - Los estudiantes no deben estar ausentes o llegar tarde excepto por razones de enfermedad muerte en la familia o ausencias preestablecidas legalmente aceptables (como citas médicas). Cualquier otra ausencia será considerada una ausencia ilegal. Se debe enviar una excusa el primer día que el niño regrese a la escuela y debe incluir el nombre del estudiante, la fecha, los días de ausencia y el motivo de la ausencia.

EXCUSAS DE GIMNASIO: se requiere una excusa por escrito de un médico para que un niño falte a clases de gimnasia durante una semana o más. Si ha habido una lesión o enfermedad grave que mantiene a su hijo fuera del gimnasio por un período de tiempo, se necesita una nota del médico que indique la fecha para reanudar las actividades del gimnasio.

Si tiene alguna pregunta, llame a una de nuestras enfermeras escolares:

Jane Bacon, R.N. Primaria AJ Smith 889-4172

Meghan Biter, R.N. Escuela intermedia / secundaria Union Springs 889-4128

CERTIFICADO DE SALUD / FORMULARIO DE EVALUACIÓN

NYSED requiere un examen físico anual para los nuevos estudiantes, estudiantes en los grados PK, K, 1, 3, 5, 7, 9 y 11, deportes, permisos de trabajo y cada tres años para el Comité de Educación Especial (CEE).

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Género: M F Grado: _____

INMUNIZACIONES / HISTORIAL DE SALUD

Registro de vacunación adjunto Examen de células falciformes: Positivo Negativo No realizado Fecha: _____

No se administraron vacunas hoy PPD: Positivo Negativo No se realizó Fecha: _____

Vacunas administradas desde la última evaluación de salud: Plomo elevado: Sí No No realizado Fecha: _____

Remisión al dentista: Sí No No realizado Fecha: _____

Historial médico / quirúrgico significativo: Ver adjunto

Alergias: **PELIGRO PARA LA VIDA** Comida: _____ Insecto: _____ Otro: _____

de temporada Medicamentos: _____

EXAMEN FÍSICO

Altura: _____ Peso: _____ Presión arterial: _____ Fecha del examen: _____

Índice de masa corporal: _____ Remisión

Categoría de estado de peso (percentil de IMC): Visión - sin anteojos / lentes de contacto R _____ L _____

__ menos de la 5ª __ 5ª a 49ª __ 50ª a 84ª Visión - con anteojos / lentes de contacto R _____ L _____

__ 85 a 94 __ 95 a 98 __ 99 y superior Visión - Punto cercano R _____ L _____

EXAMEN TOTALMENTE NORMAL Audición 0 Pasa 20 db sc en ambos oídos o: R _____ L _____

Curtidor: I. II. III. IV. V. Escoliosis: __Negativa __Positiva: _____

Especifique cualquier anomalía (use el reverso del formulario si es necesario):

MEDICAMENTOS

Medicamentos (enumere todos): Ninguno Medicamentos adicionales enumerados en el reverso del formulario

Nombre: _____ Dosis / Hora: _____

Nombre: _____ Dosis / Hora: _____

Si se olvida la dosis de la mañana en casa:

Evalúo que este estudiante es autodirigido __Sí __No

El estudiante puede llevar y administrar medicamentos por sí mismo __Sí __No

Nota: La enfermera también evaluará la autodirección para el entorno escolar. Por favor avise a los padres que envíen medicamentos adicionales en caso de que sea necesario un refugio de emergencia en la escuela o si no se les ha dado el medicamento de la mañana.

EDUCACIÓN FÍSICA / DEPORTES / ÁREA DE JUEGOS / CALIFICACIÓN LABORAL / CONSIDERACIÓN DE CEE

Libre de contagios y físicamente calificado para todas las actividades de educación física, deportes, área de juegos, trabajo y escuela O solo según lo marcado:

___ Contacto limitado: animadoras, gimnasia, esquí, voleibol, campo a través, balonmano, esgrima, béisbol, hockey sobre piso, softbol.

___ Sin contacto: bádminton, bol, golf, natación, tenis de mesa, tenis, tiro con arco, riflery, tren de pesas, tripulación, baile, atletismo, carrera, caminata, salto de cuerda.

Especifique las adaptaciones médicas necesarias para la escuela: _____

Ninguna

Discapacidad conocida o sospechada: _____

Supervise

Restricciones: _____ Por favor supervise

Equipo de protección requerido: __Copa atlética __Gafas deportivas / anteojos resistentes a impactos __Otro:

INFORMACIÓN OPCIONAL, si se conoce

Especifique las enfermedades actuales: __Asma __Diabetes: Tipo 1 Tipo 2 Hiperlipidemia Hipertensión

Otro: _____

Firma del proveedor: _____ Teléfono: _____

Nombre / dirección del proveedor: _____ Fax: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

(Sello a continuación)

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE UNION SPRINGS

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DE MENORES EN AUSENCIA DE SUS PADRES O GUARDIANES

Doy permiso para que mi hijo _____, fecha de nacimiento _____, reciba atención médica, dental o quirúrgica de emergencia en el centro médico más cercano, sin mi presencia, en caso de una emergencia situación médica considerada necesaria por el médico tratante.

Problemas médicos especiales: _____ Alergias: _____

Entiendo que se hará todo lo posible para contactarme y que este formulario autorizará el tratamiento de emergencia hasta que llegar al centro médico o en caso de que mi presencia sea imposible.

Este formulario es válido por la duración de la inscripción en la escuela intermedia / secundaria en el Distrito Escolar de Union Springs a menos que revocado por escrito por mí.

ENTIENDO EL SIGNIFICADO DE ESTE DOCUMENTO

NOMBRE DEL PADRE _____ TELÉFONO DE CASA _____
TELÉFONO DEL TRABAJO _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ TELÉFONO DE CASA _____
TELÉFONO DEL TRABAJO _____

Si no me pueden localizar, llame a _____ TELÉFONO DE CASA _____
TELEFONO DEL TRABAJO _____

(Relacion hacía el niño) _____

MÉDICO DE FAMILIA _____ TELÉFONO _____

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Distrito Escolar Central de Union Springs Actualización del historial de salud del estudiante

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____

Género: M F

Padre/Guardian: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Fecha: _____

(persona que completa este formulario)

¿Alguna vez su hijo:		En caso afirmativo, explique e incluya la fecha:
Tuvo una condición médica en curso	SÍ NO	
Visto a un médico especialista	SÍ NO	
Ha tenido alergias:	SÍ NO	__alimentos __ambientales __insectos medicamentos otros
Sido hospitalización	SÍ NO	
Tuvo una operación	SÍ NO	
Tuvo una lesión que requirió una visita a la sala de emergencias	SÍ NO	
Faltó 5 días seguidos a la escuela debido a una enfermedad o lesión	SÍ NO	
Tuvo una lesión ósea / muscular	SÍ NO	
Se desmayó, tuvo una conmoción cerebral o una lesión grave en la cabeza	SÍ NO	
Tuvo una convulsión / convulsión	SÍ NO	
Tuvo un problema o afección de la vista	SÍ NO	anteojos lentes de contacto
Tenía un problema o afección auditiva	SÍ NO	audífono implante coclear
Puente dental, aparatos ortopédicos o boquilla desgastados	SÍ NO	
Alguna vez algún familiar menor de 50 años:		En caso afirmativo, especifique:
Tuvo un ataque al corazón	SÍ NO	
Tuvo otros problemas de salud graves	SÍ NO	

MARQUE TODO LO QUE SE APLIQUE A SU HIJO:

- TDAH
- | | | |
|-------------------------------|--|--------------------------------|
| Asma/dificultad para respirar | Condiciones GI (úlceras, reflujo, IBS) | Escoliosis |
| Autismo / Asperger | Dolores de cabeza / migrañas | Órgano único (riñón testículo) |
| Lesiones dentales | Enfermedades del corazón | Condición de piel |
| Diabetes | Hipertensión | Condición del habla |
| Infecciones de oído | Condición de salud mental
(depresión, trastorno alimentario,
ansiedad, TOC, ODD, etc.) | Condición urinaria |

MEDICAMENTOS ACTUALES		Indique el nombre, la dosis, la (s) hora (s)
Dado en la escuela	SÍ NO	
Tomado en casa	SÍ NO	
EQUIPO DE AYUDA		Marque todo lo que corresponda
Durante o fuera de la escuela	SÍ NO	muletas andador silla de ruedas otros:
TRATAMIENTOS SI NO		
Durante o fuera de la escuela monitoreo	SÍ NO	__de insulina/glucosa en sangre __inhalador/nebulizador/monitoreo de flujo máximo __dieta especial

¿Existe alguna condición que impida que su hijo participe en educación física o deportes?

No si:

Enumere cualquier inquietud adicional: (use el reverso de la hoja si es necesario)

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Distrito Escolar Central de Union Springs
Solicitud de transporte alternativo: cuidado infantil

Tenga en cuenta ** Este formulario solo es válido para el próximo año escolar (2022-2023)

Sección I PARA SER COMPLETADA POR EL PADRE O GUARDIAN

Yo, _____ residente en: _____
(Nombre del padre o guardián) (Dirección completa del 911)

(Número de teléfono) (Ciudad, estado, código postal)

(Dirección postal alternativa) (Ciudad, estado, código postal)

por la presente solicito transporte para mi (s) hijo (s), a la siguiente ubicación:

Nombre y dirección de la persona responsable de cuidado de mi (s) hijo (s), es decir, niñera, etc. _____
(Dirección completa del 911)

(Código postal)

(Número de teléfono)

Solicito que dejen y recojan a mi (s) hijo (s) en el lugar anterior en los siguientes días:

	AM	PM	Nombre (s) del niño (s)	Grado en septiembre
Lunes	_____	_____	_____	_____
Martes	_____	_____	_____	_____
Miércoles	_____	_____	_____	_____
Jueves	_____	_____	_____	_____
Viernes	_____	_____	_____	_____

NOTA: Solo se pueden usar dos paradas diferentes: el hogar y el lugar de cuidado infantil. Para circunstancias especiales en las que el calendario anterior varía, los cambios deben enviarse con un mínimo de 5 días hábiles de anticipación, utilizando el formato anterior.

Sección II PARA SER COMPLETADA POR EL DIRECTOR DE CUIDADO INFANTIL o INDIVIDUO RESPONSABLE DEL CUIDADO INFANTIL

Certifico que el calendario anterior es correcto para el año escolar 2021-22, efectivo a partir de

_____ hasta _____
(Fecha) (Fecha)

(Firma) (Fecha)

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE UNION SPRINGS
FORMULARIO DE HISTORIA DE SALUD
PARA SER COMPLETADO POR EL GUARDIAN ó PADRE/MADRE DE FAMILIA ~
NO POR EL MÉDICO

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre del padre _____ Nombre de la madre _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono del trabajo _____

Médico de familia _____

Teléfono _____

EMERGENCIA - Si el padre no está disponible en una emergencia, llame al:

Nombre _____

Teléfono _____

Dirección _____

Teléfono # 2 _____

Si su hijo ha tenido alguna de estas enfermedades, proporcione fechas aproximadas:

Anemia	Condición del oído
Escarlatina	Sarampión
Varicela	Resfriados frecuentes / Dolor de garganta
Tuberculosis	Paperas
Diabetes	Hepatitis
Tos ferina	Nefritis
Epilepsia	Operaciones
Asma	Neumonía
Sarampión alemán	Lesiones graves
Alergias	Fiebre reumática
Enfermedad del corazón	Eczema / Enfermedad de la piel

¿Ha recibido su hijo alguna vacuna?
distintos de los requeridos
certificado) de admisión como:

Tuberculina _____

(1) Tétanos _____

(2) Hib . _____

(3) Otro _____

¿Ha tenido su hijo alguna prueba especial?
(enumerados en Dar fechas aproximadas:

(1)

(2) Radiografía de tórax _____

(3) Análisis de sangre _____

(4) Análisis de orina _____

(5) Pruebas de alergia _____

(6) Otro _____

¿Hay algo relacionado con los ojos, los oídos o la salud general de su hijo que la escuela deba saber para poder brindarle un cuidado especial?

¿Está su hijo tomando medicamentos especiales o recibiendo vacunas contra la alergia?

¿Existe alguna condición especial, de la que debemos tener conocimiento, que no permitiría a este niño participar en todas las actividades escolares, incluidas las clases de educación física?

Firma del padre/madre _____ Fecha _____

Escuela Central de Union Springs
Permiso para liberar

El nombre del estudiante: _____
Calificación: _____

Por favor enumere a continuación las personas (incluyéndose a usted mismo) que tienen su permiso para obtener personalmente la salida de su hijo de la escuela. CUALQUIERA de las personas que figuran a continuación necesitará su permiso por escrito y es posible que deba mostrar una identificación.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Enumere a continuación a las personas que NO tienen permiso para obtener la liberación de su hijo.

1. _____
2. _____
3. _____

Enumere a continuación a las personas que NO tienen permiso para obtener la liberación de su hijo debido a restricciones legales / documentadas por la corte. (Proporcione los documentos legales para confirmar esta información)

1. _____
2. _____

Soy un padre/guardián con custodia legal y estoy autorizado a proporcionar a la escuela este permiso para la liberación de mi hijo.

Firma del padre, tutor o custodio legal

Fecha

Distrito Escolar Central de Union Springs
239 Calle Cayuga
Union Springs, NY 13160

**DECLARACIÓN DE UN RESIDENTE DE
DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE UNION SPRINGS
APOYANDO LA ADMISIÓN DE**

El nombre del estudiante

(POR FAVOR IMPRIMIR)

AVISO: Esta declaración es para uso exclusivo de la persona con quien se afirma que el estudiante reside dentro del distrito escolar. SE REQUIERE COMPROBANTE DE RESIDENCIA (por ejemplo, contrato de arrendamiento, factura de electricidad, factura de teléfono, etc.).

1. Nombre de le estudiante(s): _____

2. Fecha de nacimiento: _____

3. Nivel de grado: _____

4. Dirección actual:

(Calle)

(Ciudad, estado, código postal)

(Teléfono)

5. Nombre de la madre:

6. Dirección de la madre:

(Calle)

(Ciudad, estado, código postal)

(Teléfono)

7. Nombre del padre:

8. Dirección del padre:

(Calle)

(Ciudad, estado, código postal)

(Teléfono)

9. Si los padres están divorciados, indique los arreglos de custodia y adjunte la documentación:

10. Tiempo que ha residido en la dirección actual: _____
(Años) (Meses) (Semanas)

11. Direcciones anteriores del estudiante (enumere las más recientes primero):

(1) _____

(Desde) (Hasta) (Calle)

(Ciudad, estado y código postal)

(2) _____

(Desde) (Hasta) (Calle)

(Ciudad, estado y código postal)

(3) _____

(Desde) (Hasta) (Calle)

(Ciudad, estado y código postal)

12. Relación con el estudiante (por ejemplo, madre, padre, madrastra, padrastro, tutor legal, custodio legal, Otro)

SI EL ESTUDIANTE NO RECLAMA LA RESIDENCIA CON SU MADRE O PADRE, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

13. Base de la relación con el estudiante:

A. ¿Tutela legal del estudiante? Sí _____ No _____

B. ¿Custodia legal del estudiante? Sí _____ No _____

C. ¿Otro control legal sobre el estudiante? Sí _____ No _____
(por ejemplo, adopción, colocación ordenada por un tribunal, rendición, abandono?)

Si la respuesta es SÍ a cualquiera de los anteriores, adjunte una copia de los documentos judiciales y proporcione una explicación:

D. ¿Otra relación con el estudiante? Sí _____ No _____

14. ¿Cuándo empezó el Estudiante a vivir con usted? _____
(Fecha)

15. ¿Cuánto tiempo residirá el estudiante con usted? _____
(Fecha)

16. ¿Vivirá el estudiante con usted durante las vacaciones escolares? Sí _____ No _____

Si no es así, ¿dónde espera que resida el estudiante durante ese tiempo? _____

17. ¿Reclamará al estudiante como dependiente a los efectos del impuesto sobre la renta? _____

18. Durante el tiempo que el Estudiante residirá con usted, quien es responsable de:

A. ¿Recibir y responder a informes académicos y de otro tipo sobre el estudiante? _____

B. ¿Autoriza el tratamiento médico del estudiante? _____

C. ¿Pago por tratamiento médico del estudiante? _____

D. ¿Publicar los registros del estudiante? _____

E. ¿Proporciona otros consentimientos necesarios para el estudiante? _____

F. ¿Gastos de alojamiento y comida del estudiante? _____

G. ¿Gastos de ropa y otras necesidades? _____

18. ¿Habrá algún período de tiempo en el que este estudiante no vivirá con usted mientras asiste al distrito escolar?

Sí _____ No _____

En caso afirmativo, indique dónde residirá el estudiante y por cuánto tiempo: _____

19. ¿Cuáles son las circunstancias que llevaron a este estudiante a vivir con usted? _____

20. Otros comentarios que ayudarían al Distrito Escolar a actuar sobre la solicitud de este estudiante: _____

Con mi firma a continuación, asumo la responsabilidad total de todos los asuntos relacionados con la educación y la atención médica del estudiante, excepto que se indique lo contrario en el presente documento:

(firma) (Fecha)

AVISO: La firma de esta declaración es una representación de que la información proporcionada es correcta y verdadera y está hecha bajo pena de perjurio.