

Mount Pleasant Central School District

Oficina del Distrito
825 Westlake Drive
Thornwood, NY 10594
Teléfono: (914) 769-5500

Dr. Peter Giarrizzo
Superintenta de las Escuelas

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ALUMNOS

Nombre del alumno: _____ Grado(s) a los que asistió: _____

Nombre de la escuela anterior: _____ Credenciales otorgadas: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Fecha de entrada en 9no grado: _____

Por favor, marque los servicios que su hijo/a recibió en su escuela anterior:

IEP ___ 504___ Intervención temprana ___ Lectura___ ENL___

Sala de Recursos (Resource Room) ___ Orientación___ Asistencia Social___ AIS/RTI___

¿Tiene su hijo/a una discapacidad o una posible discapacidad que afecta substancialmente su aprendizaje? ___Sí___No

Si la tiene, descríbala: _____

¿Se ha evaluado a su hijo/a por una discapacidad? ___Sí___No

Si se lo ha evaluado, favor de describir: _____

¿Un Comité de Educación Especial ha clasificado a su hijo/a como un/a alumno/a que puede recibir servicios de educación especial? ___Sí___No

Si se lo ha evaluado, favor de describir: _____

Su hijo/a ha recibido servicios especiales (por ejemplo) Habla, OT, PT, AIS, ENL, etc.) ¿en una escuela anterior? ___Sí___No

Si lo ha recibido, favor de describir: _____

Testifico que la información que he dado aquí es cierta y entiendo que el distrito buscará restitución de matrícula si se determina que mi(s) hijos(as) no son alumnos residentes del distrito escolar Central de Mount Pleasant.

Nombre del/padre o madre (en imprenta)

Firma del padre o madre

Fecha