

**Formulario de Admisión**

**Programa Solicitado:**

Curso: 1 \_\_\_\_\_ Alternativa: 2 \_\_\_\_\_ Alternativa: 3 \_\_\_\_\_

**Uso Exclusivo de la Academia**

**Por favor, escriba claramente (una letra por casilla)**

Apellido del Estudiante \_\_\_\_\_ Primer Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Género ☐ M/F ☐

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ No. Apt. \_\_\_\_\_ Apartado Postal \_\_\_\_\_ Etnicidad (marque todas las que correspondan)  
☐ Afroamericano ☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska ☐ Hawaiano/ de las Islas del Pacífico  
☐ Caucásico ☐ Hispano/Latino ☐ Asiático ☐ Otro

Fecha de Nacimiento del Estudiante  
 Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Número de Celular del Estudiante  
 Código de Área \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Apellido del Padre/Persona en Relación Parental \_\_\_\_\_ Inicial del Primer Nombre \_\_\_\_\_ Sr. o Sra. \_\_\_\_\_

Número de Celular del Padre/Persona en Relación Parental  
 Código de Área \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de Teléfono de Emergencia  
 Código de Área \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_\_

Correo del Padre/Persona en Relación Parental \_\_\_\_\_

Yo apruebo la participación de mi hijo/hija en las actividades de The Academy. Entiendo que todos los expedientes de los estudiantes se revisarán según el proceso de admisión de The Academy. Al firmar esta solicitud, otorgo a The Academy acceso a toda la información pertinente sobre mi hijo, incluyendo, pero no limitado a, transcripciones recientes, registros de asistencia y disciplina. Comprendo que esta solicitud no garantiza la aceptación en el programa. Puede obtenerse más información sobre el proceso de admisión en la oficina de orientación del distrito escolar de su hijo y en nuestro sitio web [www.academyli.org](http://www.academyli.org).

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/20 Fecha Firma del Padre/Persona en Relación Parental \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/20 Fecha

**Antecedentes** ☐ No ☐ Si **ESTADO DE SALUD**  
 Medicos ☐ No ☐ Si Si la respuesta es "sí", por favor especifique \_\_\_\_\_  
 Vacunaciones ☐ Al día ☐ Si la respuesta es "otro," por favor especifique \_\_\_\_\_  
☐ Otros

Firma de Enfermero Registrado \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/20 Fecha

**PARA SER COMPLETADO POR EL CONSEJERO ESCOLAR  
ADJUNTAR UNA COPIA DE LA BOLETA DE CALIFICACIONES DEL ESTUDIANTE**

Grado Actual \_\_\_\_\_ Sesión Solicitada ☐ AM ☐ PM

De conformidad con las regulaciones del Estado de Nueva York, complete lo siguiente:  
 \*¿Está clasificado el estudiante por el Comité de Educación Especial (CSE)? ☐ Si ☐ No

\* Clasificación del Comité de Educación Especial (CSE) \_\_\_\_\_  
 Plan 504: ☐ Si ☐ No ☐ Servicios Bilingües -Especifique el Idioma \_\_\_\_\_  
 Modificaciones en las Pruebas ☐ Si ☐ No Puntuaciones del **NYSESLAT**: ☐ Iniciando ☐ Emergiendo  
 Número de Identificación Estudiantil del Distrito \_\_\_\_\_ ☐ En Transición ☐ Expandiendo ☐ Dominado  
 ¿El estudiante es elegible para almuerzo gratuito o a precio reducido? ☐ Gratuito ☐ Precio Reducido Nivel de Competencia: \_\_\_\_\_

**SI ES CLASIFICADO POR EL CSE, ADJUNTE EL PLAN DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADO (IEP), EL INFORME PSICOLÓGICO Y LA EVALUACIÓN VOCACIONAL**

Al firmar esta solicitud, el Distrito otorga acceso al PEI del estudiante mencionado anteriormente de forma electrónica, a través del Sistema de Gestión de Estudiantes de The Academy.

**DISTRITO DE PAGO DE MATRÍCULA** \_\_\_\_\_ **DISTRITO ESCOLAR DE RESIDENCIA** \_\_\_\_\_

Firma del Consejero Escolar \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/20 Fecha Firma del Superintendente del Distrito \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/20 Fecha

**POR FAVOR, DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA OFICINA DE ADMISIONES DE LA ACADEMIA DE TECNOLOGÍA APLICADA DEL ESTE DE LONG ISLAND:**

750 Waverly Avenue, HOLTSVILLE, NY 11742  
 Número de Teléfono 631-419-1629 Número de Fax 631-240-8974  
 La Eastern Long Island Academy of Applied Technology, un programa de Eastern Suffolk BOCES, no discrimina contra ningún empleado, estudiante, solicitante de empleo o candidato a inscripción por motivos de sexo, género, raza, color, religión o credo, edad, peso, origen nacional, estado civil, discapacidad, orientación sexual, identidad o expresión de género, estado transgénero, condición de veterano o militar, estado de víctima de violencia doméstica, predisposición genética o estado de portador, o cualquier otra clasificación protegida por la ley federal, estatal o local. ESBoces también proporciona igualdad de acceso a los Boy Scouts y otros grupos juveniles designados. Las consultas sobre la implementación de las leyes aplicables deben dirigirse a cualquiera de los Oficiales de Cumplimiento de Derechos Civiles de ESBoces en [ComplianceOfficers@esboces.org](mailto:ComplianceOfficers@esboces.org); el Asistente del Superintendente de Recursos Humanos, 631-687-3029, o el Asistente del Superintendente de Servicios Educativos, 631-687-3056, 201 Sunrise Highway, Patchogue, NY 11772. Las consultas también pueden dirigirse a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Educación de los Estados Unidos, 32 Old Slip, piso 26, Nueva York, NY 10005, 646-428-3800, [OCR.NewYork@ed.gov](mailto:OCR.NewYork@ed.gov).