

CHESTER UNION FREE SCHOOL DISTRICT  
**PAQUETE DE REGISTRO HOJA DE PORTADA**

**PRUEBA DE RESIDENCIA**

Un (1) documento del Grupo A y tres documentos del Grupo B-excepto si está en un albergue temporal). Todos los documentos deben mostrar su nombre y dirección de Chester. Direcciones de correos de caja no son aceptados como prueba de residencia.

**GROUP A:**

- Escritura de propiedad
- Contrato de hipoteca
- Arrendamiento residencial con recibo de alquiler actual
- Una declaración de un Arrendador o Propietario con respecto a su arrendamiento
- Prueba de refugio temporal

**Una declaración jurada notariada de un tercero que establezca su residencia en el Distrito Escolar Libre Chester Union. Esto debe incluir si paga o no alquiler o servicios públicos.**

**PRUEBA COMPLEMENTARIA DE RESIDENCIA**

Tres (3) documentos del Grupo B. Todos los documentos deben mostrar su nombre y la dirección elegible del Distrito Escolar de Chester. Puede enviar cualquier otra evidencia relevante que desee, incluidos, entre otros, los siguientes tipos de documentación. Si corresponde, el arrendador o propietario debe proporcionar prueba de residencia de lo siguiente.

**GROUP B:**

- Factura de impuestos
- Extracto bancario
- Factura de luz y gas
- Talón de nómina actual
- Factura telefónica
- Formularios de Medicaid
- Factura de teléfono celular
- Licencia de conducir o identificación de no conducir con dirección
- Factura de cable
- Registro de Vehículo
- Póliza de seguro y/o factura
- Declaración de impuestos del IRS
- Credencial de elector
- Recibo de entrega de la empresa de mudanzas
- Cambio de dirección postal oficial
- Documentos emitidos por agencias de organismos federales, estatales o locales
- Declaración de beneficios de atención médica
- Otros \_\_\_\_\_

**PRUEBA DE EDAD** (Una de las siguientes)

- Transcripción original o certificada del certificado de nacimiento de su hijo, independientemente de la nación emisora
- Transcripción original o certificada del certificado de bautismo de su hijo con respecto a la nación emisora.

**Si no puede proporcionar ninguno de los documentos anteriores:**

- El pasaporte de su hijo independientemente de las naciones emisoras

**En ausencia de los documentos anteriores, puede proporcionar cualquier otra documentación que haya existido durante más de dos años que podría usarse para establecer la edad de su hijo. Por ejemplo:**

- Licencia de conducir oficial o tarjeta de identificación de no conductor
- Identificación emitida por el gobierno estatal o local
- Tarjeta de identificación de dependiente militar
- Identificación escolar con fotografía y fecha de nacimiento
- Registros de identificación del consulado
- Hospital de registros de salud
- Documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales
- Órdenes judiciales u otros documentos emitidos por la corte
- Documento del tribunal nativo americano
- Registros de agencias de ayuda internacional sin fines de lucro y agencias voluntarias

## **DE CUSTODIA, TUTELA O ACOGIDA TEMPORAL**

- Si los padres están separados, divorciados o tienen una orden de custodia, estos documentos deben entregarse al Distrito. Si son padres de crianza, documentos de la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York (p. ej., LDSS-2999)
- Si la custodia/tutela está con un tercero, debe completar y presentar declaraciones juradas de responsabilidad (padre y persona con custodia). El Distrito considerará las solicitudes de excepciones a este requisito en circunstancias limitadas pero apropiadas.
- Identificación con foto emitida por el gobierno del padre/tutor

**DOCUMENTOS DE CUSTODIA** (si corresponde) \_\_\_\_\_

**REGISTROS DE SALUD** (si corresponde) \_\_\_\_\_

(Incluyendo Registros de Vacunación y Examen Físico dentro de los 12 meses del comienzo del año escolar)

**REGISTRO ESCOLAR/TARJETA DE CALIFICACIONES** \_\_\_\_\_

(Si un estudiante viene de otro distrito escolar, debe preguntar si alguno de los documentos a continuación se aplica a este estudiante)

**IEP (solo educación especial)** \_\_\_\_\_

Con el fin de tomar una decisión oportuna con respecto al derecho de un estudiante a la inscripción o la continuación de la inscripción en el Distrito, la información y la documentación anteriores deben entregarse al Registrador mañana (o el próximo día hábil normal si mañana es fin de semana o feriado).

**REGISTRAR:** Put your initials on the line next to each document that you collect from the parent/legal guardian above.

Once the packet is complete, attach this cover sheet to the packet and give to the building principal for verification.

*(REGISTRADOR: Escriba sus iniciales en la línea junto a cada documento que recopile del padre/tutor legal anterior. Una vez que el paquete está completo, adjunte esta portada al paquete y entrégueselo al director del edificio para su verificación.)*

**PRINCIPAL:** Building principal will initial "custody papers" above if applicable. The Director of Special Education will initial "IEP" if applicable. Only the building principal can sign the verification below once all paperwork has been received and reviewed.

---

**Firma del Director del Edificio**

**Fecha**



**CHESTER UNION FREE SCHOOL DISTRICT**  
**FORMULARIO DE REGISTRO**  
**DE NUEVO ESTUDIANTE**  
[www.chesterufsd.org](http://www.chesterufsd.org) 845-469-2231

\_\_\_ **Chester Academy**

\_\_\_ **Chester Elementary School**

Nombre Del Estudiante: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  
 Apellido Primero Segundo Inicial  Femenino  
 No Binario

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar De Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 (Mes/ Día/ Año) (Ciudad/Pueblo, Estado)

Dirección: \_\_\_\_\_  
 Calle Apartado postal (si corresponde) Ciudad/Pueblo Estado Código postal

Nombre de la escuela anterior: \_\_\_\_\_

Por favor marque si el estudiante: Cualquier Necesidad o Consideración Especial Académica:  
 \_\_\_ Tiene un IEP (educación especial) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Tiene un 504 \_\_\_\_\_

Comprobar la raza del alumno (marque todo lo que aplique):

\_\_\_ Cauca blanco \_\_\_ Negro o afroamericano \_\_\_ Asiático

\_\_\_ Indígena americano o nativo de Alaska \_\_\_ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

¿Comprobar si el estudiante es de origen hispano o latino? \_\_\_ Sí, hispano \_\_\_ No, no hispano

*Hispano, latino o de origen español significa una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano, u otra cultura u origen español, independientemente de su raza.*

Lengua dominante hablada en casa: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

El estudiante de idioma habla con fluidez. \_\_\_\_\_

**HERMANOS:**

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	GRADO	Género

# FORMULARIO DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primero)

<b>Padre/tutor (contacto principal)</b> _____ Dirección _____ El estudiante reside con <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Traducción preferida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Celular # _____ Trabajo # _____ Correo electrónico _____ El padre es miembro de las Fuerzas Armadas y está en servicio activo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Padre/tutor (contacto secundario)</b> _____ Dirección (si es diferente) _____ El estudiante reside con <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Traducción preferida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Celular # _____ Trabajo # _____ Correo electrónico _____ El padre es miembro de las Fuerzas Armadas y está en servicio activo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

Si mi hijo tiene que ser llevado a casa debido a una enfermedad menor y yo no estoy allí o no se me puede localizar, llame al:

<b>Nombre del primer contacto</b> _____	<b>Relación</b> _____
Teléfono celular /teléfono de casa _____	Dirección _____
<b>Nombre del segundo contacto</b> _____	<b>Relación</b> _____
Teléfono celular /teléfono de casa _____	Dirección _____
<b>Nombre del tercer contacto</b> _____	<b>Relación</b> _____
Teléfono celular /teléfono de casa _____	Dirección _____
<b>Médico</b> _____	Dirección _____ Phone _____
My child has the following condition or allergy which requires special handling in any emergency _____	

¿Hay alguna persona cuyo acceso a su hijo esté prohibido o restringido por orden judicial? \_\_\_\_\_  
(En caso afirmativo, adjunte copias de la orden judicial)

En caso de emergencia, cuando no pueda comunicarse con uno de los anteriores, autorizo a la escuela a llamar 911 o al médico mencionado anteriormente. Esta autorización también incluye el permiso para divulgar los registros médicos pertinentes necesarios. En caso de que uno de los padres/tutores no pueda ser localizado, por favor lleve a mi hijo al centro de tratamiento de emergencia más cercano, por ambulancia si es necesario. Me doy cuenta de que el distrito escolar no puede asumir la responsabilidad por el pago de honorarios médicos o gastos incurridos

Firma del padre/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

CHESTER UNION FREE SCHOOL DISTRICT  
**CUESTIONARIO DE RESIDENCIA**

Nombre de la LEA: **CHESTER UNION FREE SCHOOL DISTRICT**

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primero) (Segundo)

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle, Apartamento Unidad # Ciudad/Pueblo Estado Código postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Mes /Día /Año

Género: \_\_\_ Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_ No binario Grado \_\_\_\_\_ Identificación # \_\_\_\_\_  
(Preescolar-12) (Opcional)

La respuesta que dé a continuación ayudará al distrito a determinar qué servicios usted o su hijo pueden recibir 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, prueba de edad, registros escolares o registros de vacunación. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney-Vento: también pueden tener derecho a transporte gratuito y otros servicios.

¿Dónde vive actualmente el estudiante? (Por favor, verifique uno en la casilla)

- En un refugio
- Con otra familia u otra persona debido a la pérdida de vivienda o como resultado de dificultades económicas (a veces referido como "doblado")
- En un hotel/motel
- En un automóvil, parque, autobús, tren o campamento
- Otra situación de vivienda temporal (Por favor describa): \_\_\_\_\_
- En vivienda permanente

Imprimir nombre \_\_\_\_\_  
Padre, tutor o estudiante (para jóvenes sin hogar acompañados)

Firma \_\_\_\_\_  
Padre, tutor o estudiante (para jóvenes sin hogar acompañados)

Fecha (Mes /Día /Año) \_\_\_\_\_

**Si CUALQUIER casilla que no sea "En vivienda permanente" está marcada**, entonces el estudiante/la familia debe ser remitido inmediatamente al enlace de McKinney-Vento (MV). En esos casos, **la prueba de residencia** y otros documentos normalmente necesarios para la inscripción **no son necesarios y el estudiante debe ser inscrito inmediatamente**. Después que el estudiante ha sido inscrito, el distrito/escuela debe comunicarse con el distrito/escuela anterior a la que asistió para solicitar los registros educativos del estudiante, incluidos los registros de vacunación, y el enlace de MV del distrito de inscripción debe ayudar al estudiante a obtener cualquier otro documento o vacuna necesaria.



Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner  
Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594  
Brooklyn, New York 11217  
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB  
Albany, New York 12234  
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

## Cuestionario de Idioma del Hogar ("HLO" por sus siglas en inglés)

**Estimados padres o tutores:**  
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas. Gracias.

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.		
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
Mes	Día	Año
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante
CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR		

### Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	_____
			<i>especifique</i>
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)		_____
			<i>especifique</i>
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No sabe hablar
			<i>especifique</i>
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No sabe leer
			<i>especifique</i>
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No sabe escribir
			<i>especifique</i>

### TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

## Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

### Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: \_\_\_\_\_

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

*Sí\**     *No*     *No se sabe*  
 \* En caso afirmativo, por favor explique : \_\_\_\_\_

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales?     Poca gravedad     Algo grave     Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial?     No     Sí\* \* Por favor, llene 10b.

10b. *\*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?*

No     Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió:

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):

De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana)     3 a 5 años (Educación Especial)     6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)?     No     Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?

*(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)*

.....

.....

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
*Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal* *Date*  
 Relación con el estudiante:     Madre     Padre     Otra: \_\_\_\_\_

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ	
NAME: _____	POSITION: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW	
NAME: _____	POSITION: _____
ORAL INTERVIEW NECESSARY: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
<b>**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:</b> _____ <small>MO.      DAY      YR.</small>	<b>OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:</b> <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
<b>DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:</b> _____ <small>MO.      DAY      YR.</small>	<b>PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:</b> <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	

CHESTER UNION FREE SCHOOL DISTRICT  
**OFICINA DE SALUD**

\_\_\_\_\_ **Chester Academy**  
64 Hambletonian Avenue  
Chester, New York 10918  
Phone: 845-469-2231 x3315  
FAX: 845-469-6634

\_\_\_\_\_ **Chester Elementary School**  
2 Herbert Drive  
Chester, New York 10918  
Phone: 845-469-2178 x2209  
FAX: 845-469-2170

**Nombre de estudiante:** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primero) (Segundo)

**Fecha De Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Lugar De Nacimiento** \_\_\_\_\_  
(Mes/ Día/ Año) (Ciudad/Pueblo, Estado)

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Calle, Apartamento Unidad # Ciudad/Pueblo Estado Código postal

**Número de teléfono particular del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Padre/tutor (contacto principal)** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_

**Vive con:**  Sí  No **Celular #** \_\_\_\_\_ **Trabajo #** \_\_\_\_\_

**Padre/tutor (contacto secundario)** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_

**Vive con:**  Sí  No **Celular #** \_\_\_\_\_ **Trabajo #** \_\_\_\_\_

**Indique si su hijo ha sido tratado por alguna de las siguientes enfermedades/condiciones:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Dolores de Garganta Frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Varicela - Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Dolores de Oído Frecuentes     |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis               | <input type="checkbox"/> Mononucleosis                  |
| <input type="checkbox"/> Neumonía                | <input type="checkbox"/> Escarlatina                    |
| <input type="checkbox"/> Fracturas de Hueso      | <input type="checkbox"/> Cardiopatía                    |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones            | <input type="checkbox"/> Otro: _____                    |

**¿Ha sido hospitalizado su hijo por alguna enfermedad o lesión grave?**  Sí En caso afirmativo, indique \_\_\_\_\_

**¿Su hijo toma medicamentos con regularidad?**  Sí Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

**¿Su hijo tiene alguna alergia?**  Sí If Yes, please list \_\_\_\_\_

**Has your child received medical treatment for any allergic reaction**  Sí En caso afirmativo, enumere esas alergias:  
\_\_\_\_\_

**¿Tiene su hijo alguna condición médica que pueda requerir PRIMEROS AUXILIOS inmediatos?**  Sí

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

**¿Existe algún servicio especial que su hijo requiera y que la escuela deba conocer?** \_\_\_\_\_

**¿Su hijo usa anteojos?**  Sí  No Fecha del último examen de la vista: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE / TUTOR

\_\_\_\_\_  
Fecha

CHESTER UNION FREE SCHOOL DISTRICT

**OFICINA DE SALUD**

\_\_\_\_\_ **Chester Academy**

64 Hambletonian Avenue  
Chester, New York 10918  
Phone: 845-469-2231 x3315  
FAX: 845-469-6634

\_\_\_\_\_ **Chester Elementary School**

2 Herbert Drive  
Chester, New York 10918  
Phone: 845-469-2178 x2209  
FAX: 845-469-2170

Los exámenes físicos deben realizarse dentro de los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar en el que se requiere el examen o dentro de los 15 días posteriores a la inscripción para que sean aceptables. Si elige que su proveedor de atención médica examine a su hijo, envíe el formulario médico completo a la oficina de salud escolar antes del **30 de septiembre**. Si no se recibe para esta fecha, se programará un examen físico a su hijo con la enfermera practicante de la escuela.

Como parte de un examen de salud escolar requerido, se pesa al estudiante y se mide su altura. Estos números se utilizan para calcular el índice de masa corporal o "IMC" del estudiante. El IMC ayuda al médico o la enfermera a saber si el peso del estudiante está dentro de un rango saludable o si es demasiado alto o demasiado bajo. Se seleccionará una muestra de distritos escolares para participar en una encuesta realizada por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Si nuestra escuela es seleccionada para ser parte de la encuesta, informaremos al Departamento de Salud del Estado de Nueva York información sobre los grupos de estado de peso de nuestros estudiantes. Sólo se envía información resumida. No se envían nombres ni información sobre estudiantes individuales. Sin embargo, puede optar por excluir la información de su hijo de este informe de encuesta. Visite el sitio web del distrito para acceder al formulario de exclusión opcional.

Se realizarán exámenes anuales de la vista, la audición y la escoliosis de acuerdo con las pautas del Estado de Nueva York.

Si su hijo necesitará tomar medicamentos en la escuela, pídale al proveedor de atención médica de su hijo que complete el formulario de Medicamentos en la escuela que se puede encontrar en la página web de la Oficina de Salud en el sitio web del distrito.

**Complete esto y devuelva el formulario a la oficina de salud de la escuela:**

- Haré que mi hijo sea examinado por mi propio proveedor de atención médica.
- El examen ha sido programado para la siguiente fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Me gustaría que la enfermera practicante examinara a mi hijo en la escuela.

**Nombre de estudiante** \_\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE / TUTOR

\_\_\_\_\_  
Fecha

CHESTER UNION FREE SCHOOL DISTRICT  
**FORMULARIO DE SOLICITUD DE TRANSPORTE**

POR FAVOR VERIFIQUE A QUÉ ESCUELA ASISTE SU ESTUDIANTE:

\_\_\_ **Chester Academy**

\_\_\_ **Chester Elementary School**

**Nombre de estudiante:** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primero) (Segundo)

**Grado** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_ **Género:** \_\_\_ **Masculino** \_\_\_ **Femenino** \_\_\_ **No binario**

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Calle, Apartamento Unidad # Ciudad/Pueblo Estado Código postal

**Padre/tutor (contacto principal)** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_

**Celular #** \_\_\_\_\_ **Trabajo #** \_\_\_\_\_

**Padre/tutor (contacto secundario)** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_

**Celular #** \_\_\_\_\_ **Trabajo #** \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia (si no podemos localizarlo)** \_\_\_\_\_

**Celular #** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_

<b><u>DIRECCIÓN UTILIZADA PARA RECOGER Y DEJAR EN EL AUTOBÚS, SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR:</u></b>			
<b>A.M.:</b>	_____	_____	_____
	Dirección Calle	Ciudad/Pueblo	Estado Código postal
<b>P.M.:</b>	_____	_____	_____
	Dirección Calle	Ciudad/Pueblo	Estado Código postal

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PADRE / TUTOR** \_\_\_\_\_  
**Fecha**

**(SOLO PARA USO DE TRANSPORTE)**

STUDENT I.D. \_\_\_\_\_ START DATE \_\_\_\_\_

A.M. Bus No. \_\_\_\_\_ Stop \_\_\_\_\_

P.M. Bus No. \_\_\_\_\_ Stop \_\_\_\_\_

Date forwarded to Student Bus Company \_\_\_\_\_

CHESTER UNION FREE SCHOOL DISTRICT

## Formulario de Registro del Portal Para Padres

Todos los padres/tutores del Distrito Escolar Libre de Chester Union son elegibles para acceder al Portal para Padres del distrito a través de SchoolTools. Este servicio en línea permite a los padres ver información de los estudiantes, como calificaciones, boletas de calificaciones e información de contacto de emergencia. Esto variará según la escuela.

Cuando la escuela cree su cuenta del Portal para padres, recibirá una notificación en la dirección de correo electrónico proporcionada. El correo electrónico contendrá el enlace al portal para padres de SchoolTools y su contraseña. Se recomienda descargar la aplicación móvil SchoolTool.

---

Nombre \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Por favor escriba de forma legible: indique la diferencia entre caracteres similares – O y Ø ; l y 1.

**Nombre del padre/tutor principal que solicita la comunicación por correo electrónico:**

\_\_\_\_\_

**Dirección de correo electrónico:**

\_\_\_\_\_

**Teléfono (xxx-xxx-xxxx):** \_\_\_\_\_

**Nombre del segundo padre/tutor que solicita la comunicación por correo electrónico:**

\_\_\_\_\_

**Dirección de correo electrónico:**

\_\_\_\_\_

**Teléfono (xxx-xxx-xxxx):** \_\_\_\_\_

*Su firma a continuación confirma su deseo de comunicación electrónica sobre asuntos relacionados con su hijo/hijos (Requerido)*

---

FIRMA DEL PADRE / TUTOR

---

Fecha