

MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT
REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN
25 N BICYCLE PATH SELDEN NY 11784 TELÉFONO: 631-285-8890
CERRADO LOS VIERNES DE JULIO Y AGOSTO

- **Original o fotocopia del documento que acredite la edad.**

Ejemplos:

- Certificado de nacimiento
 - Licencia de conducir
 - Pasaporte
 - Certificado de bautismo
 - Identificación emitida por el estado u otro gobierno
 - Identificación con foto de la escuela con fecha de nacimiento
 - Tarjeta de identificación consular
 - Registros hospitalarios o de salud
 - Tarjeta de identificación de dependiente militar
 - Documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales
 - Documento tribal de los nativos americanos
 - Órdenes judiciales u otros documentos emitidos por el tribunal
- **Número de fax o dirección de correo electrónico de la escuela anterior y documento de transferencia o retiro de la escuela anterior**
 - **Expediente académico para estudiantes de secundaria**
 - **Comprobante de residencia en el Distrito Escolar Central de Middle Country.**

PROPIETARIOS:

Uno (1) de los siguientes artículos:

Estado de cuenta de la hipoteca, escritura, factura de impuestos sobre la propiedad o título

Dos (2) de los siguientes artículos actuales:

Factura de servicios públicos, formulario de impuestos sobre la renta, registro de votante, factura de seguro, estado de cuenta bancario, identificación emitida por el estado o el gobierno, licencia de conducir, permiso de aprendiz o identificación de no conductor, talón de pago, factura de teléfono, factura de petróleo, declaración del departamento de servicios sociales (DSS) o otros documentos originales que evidencien la residencia.

INQUILINOS:

Uno (1) de los siguientes artículos

Contrato de arrendamiento, declaración jurada del propietario (notariada), declaración del propietario (notarización opcional) o declaración de un tercero no jurado, o una declaración jurada de residencia (notariada).

Uno (1) de los siguientes artículos actuales:

Factura de servicios públicos, formulario de impuestos sobre la renta, registro de votante, factura de seguro, estado de cuenta bancario, identificación emitida por el estado o el gobierno, licencia de conducir, permiso de aprendiz o identificación de no conductor, talón de pago, factura de teléfono, factura de aceite, declaración DSS o otros documentos originales que evidencien la residencia.

- **Registro de vacunación:** Un certificado de vacunación firmado o sellado con membrete del médico o un registro de salud firmado por una escuela anterior que indique las fechas específicas de las cantidades. (Consulte las vacunas requeridas para los estudiantes).
- **Identificación con foto del padre/tutor**
- **Documentación de custodia, si corresponde.**
- **Copias del plan de educación individualizada (IEP) o 504 si corresponde**



INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

STUDENT ID #	Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento
	Ciudad natal	Estado	País		
BUILDING	INFORMACIÓN ÉTNICA Y RAZA DEL NIÑO				
	Por favor responda la pregunta de dos partes.			¿El niño es hispano o latino?	
	Por favor indique cualquier raza que aplique, seleccione una o más.			SI	NO
	P – Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico		B - Moreno o Afroamericano		
GRADE	I - Indio americano o nativo de Alaska		W - Blanco		
			A - Asiático		
ESL	INFORMACIÓN ANTERIOR DE LA ESCUELA				
	SPED	Última escuela a la que asistió	Nivel de grado	Nombre del distrito	
Dirección					
¿Recibe su hijo algún servicio de educación especial?				Si	No
COMPLETE SI EL ESTUDIANTE VUELVE A INGRESAR AL DISTRITO ESCOLAR DE MIDDLE COUNTRY					
Última fecha y escuela a la que asistió					

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR (donde reside el niño)

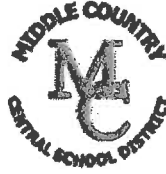
Proof of Residence	Apellido: Padre 1 o Tutor 1	Primer Nombre	<u>Relacion hacia el niño</u> <input type="checkbox"/> Padre biológico/adoptivo <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Cuidado de custodia <input type="checkbox"/> Orfanato <input type="checkbox"/> Padrastró		
	Numero de Celular ()	Número de Trabajo ()			
	Correo electrónico:				
	Apellido: Padre 2 o Tutor 2	Primer Nombre	<u>Relacion hacia el niño</u> <input type="checkbox"/> Padre biológico/adoptivo <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Cuidado de custodia <input type="checkbox"/> Orfanato <input type="checkbox"/> Padrastró		
	Numero de Celular ()	Número de Trabajo ()			
	Correo electrónico:				
	Dirección de residencia				
	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
	Dirección postal (si es diferente)			Teléfono de casa ()	
	¿Se habla un segundo idioma en casa?	Si	No	En caso afirmativo, ¿cuál es el idioma?	
¿La inscripción está relacionada con la falta de vivienda?				Si	No
SI CORRESPONDE, PROPORCIONE EL NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMEROS DE TELÉFONO DEL PADRE QUE NO VIVE CON EL NIÑO					
NOMBRE			Número de casa ()		
CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
			Número de celular ()		
			Número de trabajo ()		
			Correo electrónico		
¿DEBE ESTE PADRE RECIBIR CORREO ESCOLAR?				Si	No

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha: _____



INFORMACIÓN DE HERMANOS: Enumere todos los demás niños de la familia, incluidos los bebés.

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Grado (si corresponde)



CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre del Distrito Escolar: MCCSD

Nombre de la Escuela: TBD

Nombre del Estudiante: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género: Hombre
 Mujer

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Mes Dia Año

Grado: ____ ID#: ____
(jardín de infantes - 12) (opcional)

Dirección: _____ Teléfono: _____

Su respuesta abajo permitirá al distrito escolar definir los servicios que puede aprovechar su hijo/hija según el Acto de McKinney-Vento. Los estudiantes elegibles tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, aun si ellos no tienen los documentos necesarios tales como: prueba de residencia, documentos escolares, documentos de inmunización, o partida de nacimiento. Los estudiantes elegibles según el Acto de McKinney-Vento tienen además derecho al transporte gratuito y otros servicios que ofrece el distrito escolar.

¿Dónde está el estudiante viviendo actualmente? (Por favor marque una caja.)

- En un refugio
- Con otra familia o otra persona debido a la pérdida del hogar o a dificultades económicas
- En un hotel/motel
- En un carro, parque, autobús, tren, o camping
- Otra vivienda temporal (Por favor describa):

En un hogar permanente

Nombre de Padre, Guardián, o
Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

Firma de Padre, Guardián, o
Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

Fecha

ESTIMADOS PADRES O TUTORES:

CUANDO SU HIJO/A INGRESA A LA ESCUELA, ESTABLECEMOS UN ARCHIVO DE REGISTRO ACUMULATIVO QUE NOS PERMITE COMPRENDER MEJOR SUS NECESIDADES. DE MÁS ESTÁ DECIR QUE TODA LA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LE PEDIMOS QUE RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS EN LETRA IMPRENTA Y DE MANERA PROLIJA. GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.

NOMBRE _____ SEXO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ ESCUELA _____

DIRECCIÓN _____ N.º DE TEL. DEL HOGAR _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR _____ N.º DE CELULAR _____

NOMBRE DE LA MADRE/TUTORA _____ N.º DE CELULAR _____

LUGAR DE EMPLEO DE LOS PADRES

PADRE/TUTOR _____ N.º DE TEL. DEL TRABAJO _____

MADRE/TUTORA _____ N.º DE TEL. DEL TRABAJO _____

MÉDICO AL QUE SE DEBE LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA _____ N.º DE TELÉFONO _____

EL TRANSPORTE DE UN NIÑO ENFERMO QUEDARÁ A CARGO DE LOS PADRES O DE LAS PERSONAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE SI HUBIERA ALGUNA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN MENCIONADA ANTERIORMENTE, LOS PADRES SERÁN LOS RESPONSABLES DE NOTIFICAR A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.

FOR OFFICE USE ONLY:

_____ IMMUNIZATION RECORD VERIFIED/ATTACHED

Initials of Central Registration staff member _____

INDIQUE SI SU HIJO/A TIENE ALGUNO DE ESTOS ANTECEDENTES Y DESCRIBA A CONTINUACIÓN:

ANEMIA _____ ASMA _____ ALERGIAS _____ DIABETES _____ EPILEPSIA _____
 ENFERMEDAD CARDÍACA _____ ENFERMEDAD RENAL _____ TUBERCULOSIS O CONTACTO CON TB _____

ENFERMEDADES GRAVES, LESIONES, OPERACIONES _____
 EXPLICACIÓN DE LO MENCIONADO ANTERIORMENTE: _____

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO REGULARMENTE? NO _____ SÍ _____

¿SE LE ADMINISTRARÁN MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR? NO _____ SÍ _____

LA LEY DEL ESTADO DE NUEVA YORK REQUIERE QUE LOS PADRES PRESENTEN UNA SOLICITUD POR ESCRITO A LA ESCUELA, LA CUAL DEBE ESTAR ACOMPAÑADA POR UNA SOLICITUD POR ESCRITO DE PARTE DEL MÉDICO, EN LA QUE SE INDIQUE LA FRECUENCIA Y LA DOSIS DEL MEDICAMENTO RECETADO. LOS PADRES DEBEN TRAER ESTE MEDICAMENTO EN UN FRASCO PARA MEDICAMENTOS.

PROBLEMAS DE LA VISTA: USA ANTEOJOS	NO _____	SÍ _____	ESPECIFIQUE _____
NOMBRE DEL DR./DIRECCIÓN	NO _____	SÍ _____	FECHA DEL EXAMEN _____
PROBLEMAS AUDITIVOS ESPECIFIQUE:	NO _____	SÍ _____	USA AUDÍFONOS NO _____ SÍ _____

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN	_____
NOMBRE DEL MÉDICO	_____
DIRECCIÓN	_____

SI REQUIERE ALGUNA MODIFICACIÓN EN EL PROGRAMA ESCOLAR, DEBE PRESENTAR LA RECOMENDACIÓN ESCRITA DEL MÉDICO.
 FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR _____



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK
Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes
para alumnos de preescolar¹

*Estimado padre, madre o tutor:
 Gracias por completar el Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes. Esta encuesta aportará a su escuela nueva información valiosa sobre la experiencia de su hijo con los idiomas. La información reunida servirá para que los educadores de preescolar puedan brindar un nivel de instrucción relevante desde el punto de vista lingüístico y académico, que afiance el idioma y la alfabetización de todos los alumnos.*

ESTA SECCIÓN SOLO SERÁ COMPLETADA POR PERSONAL ESCOLAR O A CARGO DE LA INSCRIPCIÓN Y SE ARCHIVARÁ
Fecha en que se completó el perfil:
Nombre del estudiante:
Sexo:
Fecha de nacimiento:
Nombre de la organización con base en el distrito o la comunidad:
Nro. de identificación del estudiante (si corresponde):
Nombre de la persona que administra el perfil:
Puesto:

Información del padre, la madre o la persona que desempeña un rol parental
Nombre del padre, la madre o la persona que se desempeña un rol parental:
Relación (con el estudiante) de la persona que brinda la información para este perfil: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro
¿En qué idiomas desea recibir información de la escuela? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro idioma que se habla en el hogar:
Idioma que se habla en el hogar
1. ¿En qué idiomas le hablan ustedes (los padres o tutores) a su hijo en el hogar?
2. ¿Cuáles son los idiomas principales del padre/madre/tutor en su hogar individualmente? (Enumere todos los que correspondan.)
3. ¿Hay un cuidador en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿qué idiomas habla el cuidador con más frecuencia?
4. ¿Qué idiomas entiende su hijo?
5. ¿En qué idiomas habla su hijo con otras personas?
6. ¿Su hijo tiene hermanos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿qué idiomas hablan los niños entre ellos la mayor parte del tiempo?

7a. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones cortas?

¿En qué idioma?

7b. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones completas?

¿En qué idioma?

8. ¿Qué idioma utiliza su hijo en los juegos de simulación?

9. ¿Cómo ha aprendido inglés su hijo hasta este momento (programas de televisión, hermanos, personas a cargo del cuidado, etc.)?

Idioma fuera del hogar/de la familia

10. ¿Su hijo ha asistido a algún programa de guardería, Head Start o de cuidado infantil? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idioma se hablaba en el programa?

¿En qué idiomas interactúa su hijo con otras personas en el entorno de guardería o cuidado infantil?

11. ¿Cómo describiría el uso del idioma que hace su hijo con los amigos?

Objetivos de idioma

12. ¿Cuáles son sus objetivos de idioma para su hijo? Por ejemplo, ¿quiere que su hijo aprenda a hablar bien más de un idioma?

13. ¿Ha expuesto a su hijo a más de un idioma para asegurarse de que sea bilingüe o multilingüe? Sí No

14. ¿Su hijo necesita hablar un idioma distinto del inglés para comunicarse con sus parientes o familia extendida? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idioma?

Alfabetización emergente

15. ¿Su hijo tiene libros en el hogar, o lee libros de la biblioteca?

¿En qué idioma le leen estos libros?

16a. ¿Su hijo puede decir algunas letras o sonidos en inglés? Sí No

16b. ¿Su hijo puede reconocer letras o símbolos en otro idioma? Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

17a. ¿Su hijo simula leer? Sí No No está seguro

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

17b. ¿Su hijo simula escribir? Sí No No está seguro

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

18. ¿Su hijo cuenta historias de sus libros o videos favoritos? Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

19. ¿El programa de cuidado infantil o guardería de su hijo describe objetivos para su aprendizaje? Sí No

De ser así, ¿qué objetivos describe?

20. Describa algo especial que haya hecho para preparar a su hijo para comenzar el preescolar.

ⁱ Para más información, comuníquese con la Oficina de Educación Infantil del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-5807, o por correo electrónico a OEL@nysed.gov, o la Oficina de Educación Bilingüe e Idiomas del Mundo del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-8775 o (718) 722-2445, o por correo electrónico a OBEWL@nysed.gov.

Año escolar 2024-2025

Requisitos de vacunación del estado de Nueva York para inscribirse/asistir a la escuela¹

NOTAS:

Todos los niños deben estar vacunados según su edad para asistir a la escuela en el estado de Nueva York. La cantidad de dosis depende del programa recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). Los intervalos entre las dosis de vacunas deben corresponder al [Calendario de Vacunación de Niños y Adolescentes Recomendado por el ACIP](#). Las dosis aplicadas antes de la edad mínima o de los intervalos mínimos no son válidas y no se tienen en cuenta al calcular la cantidad de dosis que se mencionan abajo. Consulte las notas al pie de página para obtener información específica sobre cada vacuna. Los niños que se inscriben en clases sin grado deben cumplir los requisitos de vacunación de los grados para los que son equivalentes en edad.

Se DEBEN leer los requisitos de dosis con las notas al pie de página de este programa

Vacunas	Prekindergarten (guardería infantil, programa Head Start, guardería o pre-K)	Kindergarten y 1.º, 2.º, 3.º, 4.º y 5.º grado	6.º, 7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado	12.º grado
Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td)²	4 dosis	5 dosis o 4 dosis si la cuarta dosis se aplicó a los 4 años de edad o más, o 3 dosis si tiene 7 años o más y la serie se inició a partir del año		3 dosis
Refuerzo de la vacuna con toxoide diftérico y tetánico y la vacuna contra la tos ferina (Tdap) para adolescentes³		No corresponde		1 dosis
Vacuna antipoliomielítica (IPV/OPV)⁴	3 dosis	4 dosis o 3 dosis si la tercera dosis se aplicó a los 4 años de edad o más		
Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR)⁵	1 dosis	2 dosis		
Vacuna contra la hepatitis B⁶	3 dosis	3 dosis o 2 dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) para niños que recibieron las dosis en intervalos de al menos 4 meses entre los 11 y los 15 años de edad		
Vacuna contra la varicela⁷	1 dosis	2 dosis		
Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY)⁸		No corresponde	7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado: 1 dosis	2 dosis o 1 dosis si la dosis se aplicó a los 16 años de edad o más
Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo B (Hib)⁹	1 a 4 dosis	No corresponde		
Vacuna neumocócica conjugada (PCV)¹⁰	1 a 4 dosis	No corresponde		

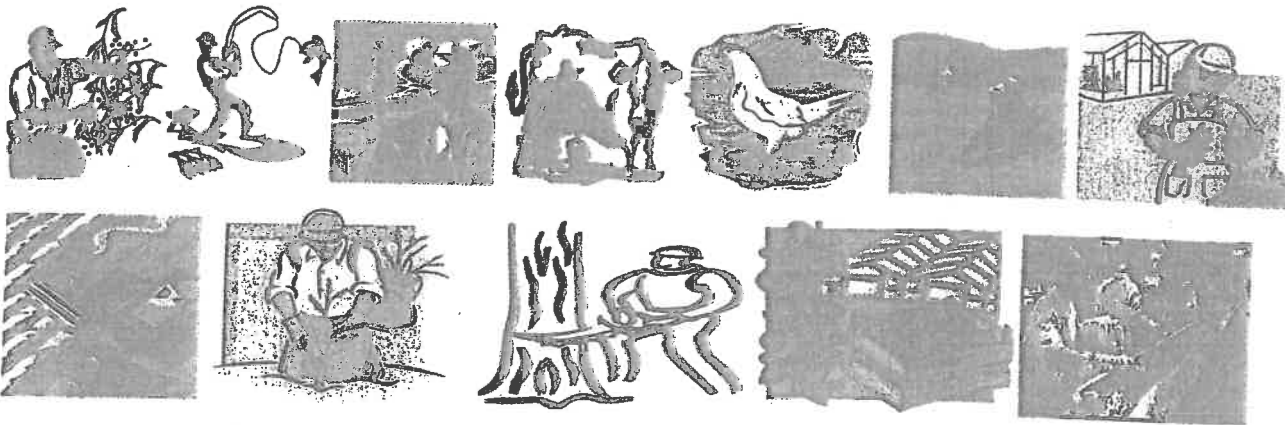
OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO- ENCUESTA PARA PADRES

El programa de Educación para Migrantes (MEP), está autorizado por el Título I, Parte C de la Acta de Educación Elemental y Secundaria (ESEA). EL MEP provee una variedad de servicios educativos para las familias que trabajan en la agricultura, sin importar su nacionalidad o estado legal. Este programa es gratuito para aquellas familias elegibles y puede incluir servicios de tutorías, elegibilidad de almuerzo gratuito en la escuela, excursiones, programa de verano, actividades de involucramiento para padres, programa de emergencias y referidos a otras organizaciones o agencias.

Por favor tome unos minutos para completar este cuestionario.

¿Usted o algún miembro de su familia ha trabajado o buscado trabajo en algunas de las siguientes ocupaciones en los pasados 3 años?

- Cualquier trabajo agrícola (como plantando, seleccionando, o cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles, trabajo en lechería u otro rancho de animales, pescando, etc.)
- Trabajando en la cultivación o procesamiento de los árboles.
- Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas o carnes.



Si usted contestó que sí, por favor complete la siguiente información:

Nombre del Padre/Encargado: _____

Dirección Física: _____

Teléfono: (____) - ____ - ____ Mejor tiempo para ser contactado _____ AM/PM

Dirección anterior: _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Para someter este referido, por favor enviarlo por correo electrónico a migranteducation@esboces.org, o enviar un fax al No. 631-240-8912, o enviarlo por correo al Programa de Educación para Migrantes de Long-Island-METRO, 969 Roanoke Avenue, Riverhead, NY. 11901.

Nombre del distrito o de la organización que envía el referido _____