

Shelter Island Union Free School District

33 North Ferry Road P.O. Box 2015
Shelter Island, New York 11964

Registro Central: Donna B Clark
Telefono: (631) 749-0302, ext. 111 Fax: (631) 749-1262
donna.clark@shelterisland.k12.ny.us

INFORMACION DE REGISTRO

Con el fin Inscribirse en de los niños, pa y con las normas federales, estatales y las políticas del distrito escolar, necesitamos cierta información y registros. Entre estos se incluyen los siguientes:

1. Prueba de Residencia

El Distrito Escolar de Shelter Island requiere DOS pruebas físicas de residencia sometidos cuando los estudiantes se están inscribiendo en el distrito.

***Por favor proporcione UNO de los siguientes, identificando la ubicación física de la residencia

PROPIETARIOS - UNO de los siguientes:

- Declaración de Hipoteca /Acuerdo
- Hecho de la casa
- Fractura de impuestos sobre la propiedad del Condado Suffolk
- Contrato de Ventas con Carta del Abogado

INQUILINOS - UNO de los siguientes:

- Contrato de Arrendamiento (si un contrato de arrendamiento no está disponible-vea más abajo)
- Notariado "Declaración jurada del propietario"

***Además, por favor proporcione UNO de los siguientes, identificando la ubicación física de la residencia:

- Factura de Servicios corriente con ubicación física de residencia (LIPA, Gas Natural, Cable – no aceptada teléfono, tarjeta de biblioteca, apartado de correos)

2. Prueba de Edad

Certificado de nacimiento, pasaporte actual, identificación con foto escolar con fecha de nacimiento, registro de hospital o salud con fecha de nacimiento del estudiante

3. Identificación con foto del padre / tutor (licencia de conducir / pasaporte)

4. Examen Físico y Registro de Inmunización

Según la Ley de Educación del Estado de Nueva York, Artículo 19, Sección 903 y 904, Todos los recién llegados a la escuela están obligados a someterse a un examen físico con vacunas actualizadas (véase el formulario adjunto). Se aceptará una copia del último examen físico del estudiante, que tiene una fecha no mayor de 12 meses antes del primer día de escuela

5. Cuestionario de criterios de ingreso al programa PreK

6. Paquete de registro ajuntado completado

Póngase en contacto con el personal de la escuela si necesita ayuda para completar los elementos de este paquete de registro

7. Otros documentos

- A. Documentos de Custodia - Por favor asegúrese de proporcionar copias de documentos de la corte que se refieren a arreglos de custodia que pueden afectar a su hijo/a. Sin una orden de la corte, la escuela se asume que ambos padres tienen acceso a los niños y sus registros
- B. Papeles de Tutela/Padre Adoptivo- copias de documentos de la corte o una carta de la Agencia de Colocación indicando nombre de tutores, fecha del estudiante de nacimiento, grado y en su caso la dirección física del tutor.
- C. Programa educativo individualizado (PEI) o plan de 504 alojamientos

Shelter Island Union Free School District

33 North Ferry Road P.O. Box 2015
Shelter Island, New York 11964

Registro Central: Donna B Clark
Telefono: (631) 749-0302, ext. 111 Fax: (631) 749-1262
donna.clark@shelterisland.k12.ny.us

INFORMACION DE REGISTRO

Los distritos escolares son requeridos por el Departamento de Educación de Estados Unidos para recopilar datos raciales y étnicos con una pregunta de dos partes. Esta cuestión está dirigida en el paquete de inscripción en la hoja de información del estudiante.

La primera parte consiste de una pregunta haciendo referenda al origen etnico del estudiante

- ¿Es el estudiante de origen Hispano, Latino o origen Espanol?

La segunda parte pide que usted seleccione una o varias razas de cinco grupos raciales:

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiatico
- Hawaiano Nativo u otros Isleños del Pacffico
- Afroamericano
- Caucásico

Usted puede encontrar lo siguiente útil para responder a esta pregunta de grupo.

- 1. Indio Americano o Nativo de Alaska:** una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Norte y Sudamérica (incluyendo América Central) y que mantiene la identificación cultural a través del reconocimiento de afiliación o de la comunidad tribal
- 2. Asiático:** una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, Sureste de Asia o el subcontinente Indio. Esta área incluye, por ejemplo, Camboya, China, India, Japan, Corea, Malasia, Pakistán, Islas Filipinos, Tailandia y Vietnam
- 3. Nativo Hawaiano u otras Islas del Pacífico:** una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras slas del Pacífico
- 4. Afroamericano:** una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales de África
- 5. Caucasico:** una persona con orígenes de los pueblos originarios de Europa, Norte de África o el Medio Oriente

SHELTER ISLAND U.F.S.D. FORMULARIO DE MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE

I. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre Legal: Apellido _____ Primer Nombre _____
 Home Phone (____) _____ - _____ Celular (____) _____ - _____
☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Estado _____ País _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Idioma que se habla en casa: _____

Origen étnico. ¿Cuál es el origen étnico de este estudiante? (Marque uno)

- ☐ Hispano o Latino
 (Personas de cultura u origen Cubano, Mexicano, Puerto Riqueño,
 Sur o Centro Americano o Español, independientemente de la raza.)
☐ Ni Hispano, ni Latino

Raza. ¿Cuál es la raza del estudiante? (Puede marcar hasta 5 categorías raciales si es que aplica)

La parte anterior de la pregunta es acerca del origen étnico, no de la raza. Independientemente de lo que haya seleccionado arriba, por favor conteste la siguiente pregunta marcando uno o más espacios para indicar la que usted considere es la raza del estudiante.

- ☐ Indígena o Nativo de Alaska (Personas con orígenes en los pueblos originarios de Norte, Centro o Sur América) ☐ Asiático ☐ Hawaiano / Isleño del Pacífico
☐ Afro- Americano ☐ Blanco (Personas con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, África del Norte o del Medio Oriente)

Domicilio – Dirección física

Dirección _____ El estudiante vive con (marque todos los que apliquen)
 Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ ☐ Madre ☐ Padre ☐ Padrastros
 No. de teléfono principal (____) _____ - _____ ☐ Tutor Legal ☐ Otro _____
 Dirección de correo PO Box _____ Zona Postal _____

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 ☐ En un hogar permanente
☐ Otra vivienda temporal (Por favor describa): _____

II. INFORMACIÓN DE PADRES DE FAMILIA / TUTOR LEGAL

Nombre: Apellido _____ Primer Nombre _____
 Idioma que habla _____
 Telefono del trabajo (____) _____ - _____ Telefono celular (____) _____ - _____
 Otro (____) _____ - _____ Correo electrónico _____ @ _____

Relacion con el estudiante

- ☐ Madre ☐ Madrastra ☐ Tutor Legal
☐ Padre ☐ Padrastro ☐ Otro _____

Estado Civil

- ☐ Casado/a ☐ Soltero/a
☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a

Servicio Militar

- ☐ Servicio active ☐ N/A
☐ Guardia Nacional

Nombre: Apellido _____ Primer Nombre _____
 Idioma que habla _____
 Telefono del trabajo (____) _____ - _____ Telefono celular (____) _____ - _____
 Otro (____) _____ - _____ Correo electrónico _____ @ _____

Relación con el estudiante

- ☐ Madre ☐ Madrastra ☐ Tutor Legal
☐ Padre ☐ Padrastro ☐ Otro _____

Estado Civil

- ☐ Casado/a ☐ Soltero/a
☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a

Servicio Militar

- ☐ Servicio active ☐ N/A
☐ Guardia Nacional

Por favor complete la información al reverso de este formulario

III. INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ESTUDIANTE

Idiomas

- 1) ¿Qué idioma aprendió su hijo/a cuando comenzó a hablar? _____
- 2) ¿Qué idioma habla su hijo/a más frecuentemente en el hogar? _____
- 3) ¿En qué idioma habla usted (padres/tutor legal) más frecuentemente cuando le habla a su hijo/a? _____
- 4) ¿Qué idioma hablan más los adultos en el hogar? (padres, tutores legales, abuelos u otros adultos) _____

Escuelas previas / Historial de matrícula escolar

Fecha de entrada a la escuela en ____/____/____

Última escuela a la que asistió _____ Distrito Escolar _____

Ciudad _____ Estado _____

Teléfono (____) _____ - _____ Fax (____) _____ - _____ Fecha que salió de la escuela previa ____/____/____

¿El estudiante ha reprobado algún grado? ☐ Sí ¿Qué grado? _____ ☐ No

Programas Especiales

Por favor marque si el estudiante ha recibido algún servicio especial o participado en cualquiera de los siguientes programas.

- ☐ ELL/Programa Bilingüe ☐ Talentosos y Dotados ☐ Educación Migrante ☐ IEP/504 ☐ Especialista de Recursos
- ☐ Clase de Día Especial ☐ Habla/Lenguaje ☐ Título I ☐ Otro _____

¿Alguien en la familia menor de 22 años? ☐ Sí ☐ No

¿Se ha mudado el estudiante en los últimos 3 años? ☐ Sí ☐ No

En los últimos tres años, ¿alguien de la familia ha trabajado o buscado trabajo en alguna agricultura/finca? ☐ Sí ☐ No

Trabajo relacionado con la tala, el cultivo de madera o la recolección de alimentos ☐ Sí ☐ No

Trabajar en una planta de procesamiento de alimentos (como plantas de procesamiento de vegetales/aves que empacaban manzanas o vegetales) ☐ Sí ☐ No

Otros miembros de la familia

Nombres de otros niños de la familia

Fecha de nacimiento

Relación con el estudiante

_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____

Padre de familia sin custodia o con custodia compartida – Copia del acuerdo de Custodia requerido

Nombre: Apellido _____ Primer Nombre _____

Idioma que habla _____ Correo electrónico _____@_____

Teléfono del trabajo (____) _____ - _____ Teléfono celular (____) _____ - _____ Otro (____) _____ - _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____

Relación con el estudiante

Estado Civil

- ☐ Madre ☐ Madrastra ☐ Tutor Legal
- ☐ Padre ☐ Padrastro ☐ Otro _____

- ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a

¿Tiene acceso a una computadora? ☐ Sí ☐ No

¿Desea recibir alertas de mensajes de texto de la escuela? ☐ Sí ☐ No

¿Desea recibir alertas telefónicas de la escuela (Connect-Ed) en inglés? ☐ Sí ☐ No

He revisado las dos páginas de este documento y para mi mejor conocimiento, la información que contiene es verdadera y completa.

Firma del padre de familia/tutor legal _____ **Fecha** _____

Solamente para uso de la escuela

Records Received Date Entered ____/____/____

- ☐ Birth Certificate/Passport of Student ☐ Photo ID of Parent/Guardian ☐ Proof of Residency ☐ Academic Records ☐ Physical/Immunizations



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

*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: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro

¿En qué idiomas desea recibir información de la escuela? ☐ Inglés ☐ 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? ☐ Sí ☐ 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? ☐ Sí ☐ 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.

SHELTER ISLAND UNION FREE SCHOOL DISTRICT

Información de Contacto en caso de Emergencia

Nombre del Estudiante: _____ fecha de nacimiento: _____

padre/guardián #1 nombre: _____ Celular Teléfono #: _____

padre/guardián #1 nombre: _____ Celular Teléfono #: _____

EL ESTUDIANTE NO SE PUBLICARÁ A NINGUNA PERSONA NO ESTABLECIDA A CONTINUACIÓN

Si es necesario, se puede agregar un nombre adicional al dorso del formulario

Persona (s) que serán responsables en caso de una emergencia, si los padres no pueden ser alcanzados:

Contacto de Emergencia #1 Información

Nombre Completo: _____

Relacion al Estudiante: _____

Genero ☐Femenino ☐Masculino

Reside en laCasa ☐Si ☐No

Teléfono:

Llamada1^a _____ ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo

Llamada 2^a _____ ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo

Llamada 3^a _____ ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo

Contacto de Emergencia #2 Información

Nombre Completo: _____

Relacion al Estudiante: _____

Genero ☐Femenino ☐Masculino

Reside en laCasa ☐Si ☐No

Teléfono:

Llamada1^a _____ ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo

Llamada2^a _____ ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo

Llamada3^a _____ ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo

Contacto de Emergencia #3 Información

Nombre Completo: _____

Relacion al Estudiante: _____

Genero ☐Femenino ☐Masculino

Reside en laCasa ☐Si ☐No

Teléfono:

Llamada1^a _____ ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo

Llamada 2^a _____ ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo

Llamada 3^a _____ ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo

Contacto de Emergencia #4 Información

Nombre Completo: _____

Relacion al Estudiante: _____

Genero ☐Femenino ☐Masculino

Reside en laCasa ☐Si ☐No

Teléfono:

Llamada1^a _____ ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo

Llamada2^a _____ ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo

Llamada3^a _____ ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo

Contacto de Emergencia #5 Información

Nombre Completo: _____

Relacion al Estudiante: _____

Genero ☐Femenino ☐Masculino

Reside en laCasa ☐Si ☐No

Teléfono:

Llamada1^a _____ ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo

Llamada 2^a _____ ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo

Llamada 3^a _____ ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo

Contacto de Emergencia #6 Información

Nombre Completo: _____

Relacion al Estudiante: _____

Genero ☐Femenino ☐Masculino

Reside en laCasa ☐Si ☐No

Teléfono:

Llamada1^a _____ ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo

Llamada2^a _____ ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo

Llamada3^a _____ ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo

Por favor actualice el historial de salud de su hijo. Esto incluye cualquier nuevo medicamento, enfermedades, alergias, lesiones, cirugías y / o condiciones médicas.

Medico de familia /pediatra: _____ Teléfono: _____

historial médico: _____

medicación: _____

alergias: _____

THIS AFFIDAVIT IS REQUIRED IF YOU ARE RENTING.
THIS FORM MUST BE COMPLETED BY THE OWNER OF THE RESIDENCE.
A COPY OF A TAX BILL OR DEED MUST ACCOMPANY THIS FORM

SHELTER ISLAND UNION FREE SCHOOL DISTRICT

Central Registration: Donna B Clark
P.O. Box 2015/33 North Ferry Road
Shelter Island, New York 11964-2015
631-749-0302 / FAX 631-749-1262

RENTAL REGISTRATION AFFIDAVIT

STATE OF NEW YORK
COUNTY OF SUFFOLK

I, _____, residing at _____,
_____(telephone number), am the owner of the residence located at _____, which is within the boundaries of the Shelter Island Union Free School District, and will have the following person (s) residing in said residence for a period of _____ years, beginning ____/____/____ and ending ____/____/____:

I understand that it is my responsibility to inform the District if/when the conditions set forth above terminate or change. In the event the Shelter Island Union Free School District determines that the above person(s) do not reside at this address or have moved and remained registered these students will be dropped from the attendance register of the Shelter Island Union Free School District. I also understand that as the homeowner, I may be liable for tuition and/or transportation costs for each student listed above that received services from or attended the Shelter Island Union Free School District.

.....

You as deponent understands that this affidavit is made under oath; that the statements are true; that the Shelter Island Union Free School District Board of Education will rely thereon, and that any misstatements made could result in criminal (perjury) charges being brought against the person whose signature appears hereon.

Signature of Deponent

Taken and sworn to before me this

_____ day of _____, 20____
