# Phelps-Clifton Springs Central School District

**Where students soar to success**

**Estimada familia de Midlakes,**

**¡Bienvenidos al Distrito Escolar Central de Phelps-Clifton Springs! Nos sentimos honrados de que hayan elegido Midlakes como parte de la trayectoria educativa de su familia y estamos entusiasmados por colaborar con ustedes para apoyar el éxito de su hijo(a).**

En Midlakes, creemos que cada estudiante merece oportunidades para aprender, crecer y prosperar en un entorno seguro, solidario y atractivo. Nuestras escuelas están dedicadas a ayudar a los estudiantes a desarrollar los conocimientos, habilidades, carácter y confianza necesarios para alcanzar su Futuro sin Límites.

Como comunidad escolar, nos guiamos por nuestros Valores Fundamentales de Midlakes, que dan forma a las experiencias que ofrecemos a los estudiantes todos los días:

**Respeto** **Responsabilidad** **Independencia** **Bondad**

Creemos que las asociaciones sólidas entre las familias, las escuelas y la comunidad son esenciales para el éxito estudiantil. Les animamos a mantenerse conectados, participar en eventos escolares y comunicarse con nosotros siempre que tengan preguntas o necesiten apoyo. .

Gracias por formar parte de la comunidad de Midlakes. Mientras completan el paquete de inscripción para nuevos estudiantes, comuníquense con nosotros si tienen alguna pregunta. Estamos aquí para apoyar a su familia. Esperamos conocerlos y acompañar a su hijo(a) mientras descubre sus fortalezas, persigue sus pasiones y alcanza su futuro sin límites.

**Preguntas para UPK-6:**
Kim Maher
Escuela Primaria Midlakes
315-548-6700
kMaher@midlakes.org

**Preguntas para 7-12:**
Amanda Wheeler
Escuela Intermedia/Secundaria Midlakes
315-548-6312
awheeler@midlakes.org

# Phelps-Clifton Springs Central School District

**Where students soar to success**

*Para ayudarlo a formar parte de nuestra familia de Midlakes, utilice esta Lista de verificación de inscripción de estudiantes:*

☐ **Paquete de inscripción de estudiantes completado** (con Cuestionario de Vivienda)

- Cuestionario de idioma de inicio
- Cuestionario de vivienda del Estado de Nueva York
- Formulario de inscripción de estudiantes de Midlakes
- Formulario de recursos digitales para estudiantes del estado de Nueva York
- Solicitud de envío de expedientes de Midlakes Records para la escuela anterior
- Formulario de la Disposición de Elegibilidad Comunitaria
- Acuerdo de Tecnología de Midlakes
- Formulario de transporte de Midlakes
- Autorización de publicación de fotografías de estudiantes de Midlakes
- Formulario de examen de salud escolar del estado de Nueva York
- Certificado de salud dental de Midlakes

☐ **Certificado de nacimiento**

☐ **ID de padre/guardián** (licencia de conducir **o** pasaporte **o** identificación con foto emitida por el estado)

**Prueba de residencia:**

- Si usted es propietario de su residencia, por favor traiga un estado de cuenta hipotecario **o** una factura de impuestos escolares **y** una factura de servicios públicos proporcionada en los últimos treinta días. Todos los documentos deben enumerar el nombre y la dirección del tutor.
- Si alquila su residencia, por favor traiga un contrato de arrendamiento de buena fe firmado actual **y** una factura de servicios públicos proporcionada en los últimos treinta días. Todos los documentos deben enumerar el nombre y la dirección del tutor.
- Si no puede proporcionar un comprobante de domicilio a su nombre, llame a la Oficina del Distrito al 315-548-6420 para obtener más ayuda antes de registrar a su hijo. Es posible que se requiera un formulario adicional, y el registro de estudiantes puede estar sujeto a la aprobación del Oficial de Residencia del Distrito.

☐ **Registros de Salud Estudiantil:**

- Un registro original de inmunización del consultorio médico
- Una copia de los últimos resultados del examen físico hecho por el médico del estudiante del consultorio de un médico, el examen físico debe ser fechado dentro de un año desde el inicio de la escuela
- Un Certificado de *Salud Dental* de la oficina de un dentista

☐ **Registros de la Escuela Estudiantil:** Los registros académicos no son necesarios para el registro; sin embargo, ayudan en gran medida en el proceso.

- El reportaje más reciente
- Transcripción de calificaciones/puntuaciones pasadas
- Se solicita a lo sestudiantesenlosgrados7o-12oque presenten un horario de la escuela a la que asistieron por última vez

*En determinadas circunstancias (si corresponde) se requiere la siguiente documentación:*

☐ **Cualquier Documento de Custodia y/o Documentos/Ordenes de la Corte** en lo que se relacionan con el estudiante que se está inscribiendo en el Distrito Escolar Central de Phelps-Clifton Springs.

☐ **IEP o planes 504:**

- Si su estudiante recibe servicios de educación especial a través de un IEP o adaptaciones por un plan 504, proporcione una copia del plan de su estudiante.
- Los IEP y Planes 504 no son necesarios para el registro; sin embargo, ayudan en gran medida en el proceso.

☐ **Documentos de Medicaid:** Si el estudiante es elegible para Medicaid, solicite los documentos apropiados al registrador.

*Si tiene alguna pregunta o ha completado la lista de verificación de registro y ha recopilado todos los documentos solicitados, póngase en contacto con*
*Grados UPK-6: Kim Maher en la Escuela Primaria Midlakes, 315-548-6700 o*
*Grados 7-12: Amanda Wheeler en la Escuela Intermedia/Secundaria Midlakes, 315-548-6310.*

***SOLO PARA USO DE LA OFICINA: Cuando se complete el paquete de inscripción, escanee & envíe al director del edificio, director de Currículo & Instrucción, director de Programas Especiales, y responsable de Relaciones Públicas***

Phelps-Clifton Springs
Central School District

Where students soar to success

# *Cuestionario sobre el Idioma en el Hogar del Estado de Nueva York*


**Preguntas para UPK-6:**
Kim Maher
Escuela Primaria Midlakes
315-548-6700
kMaher@midlakes.org

**Preguntas para 7-12:**
Amanda Wheeler
Escuela Intermedia/Secundaria Midlakes
315-548-6312
awheeler@midlakes.org

**STATE EDUCATION DEPARTMENT** / THE UNIVERSITY OF THE STATE OF NEW YORK / ALBANY, NY 12234
Office of P-12

**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 (Home Language Questionnaire - HLQ)

*Estimados padres o persona en relación parental:*
*Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura de él o ella, 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.*

| NOMBRE DEL ESTUDIANTE: | | |
|---|---|---|
| *Nombre* | *Segundo nombre* | *Apellido* |
| FECHA DE NACIMIENTO: | | GÉNERO: |
| *Mes* *Día* *Año* | | ❑ Masculino ❑ Femenino |
| INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL | | |
| *Apellido* | *Primer Nombre* | *Relación con el estudiante* |

HOME LANGUAGE CODE

## *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?** | ❑ Inglés | ❑ Otro *especifique* | |
| **2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?** | ❑ Inglés | ❑ Otro *especifique* | |
| **3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?** | ❑ Padre 1 *especifique* | ❑ Padre 2 *especifique* | ❑ Tutor(es) *especifique* |
| **4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?** | ❑ Inglés | ❑ Otro *especifique* | |
| **5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?** | ❑ Inglés | ❑ Otro *especifique* | ❑ No sabe hablar |
| **6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?** | ❑ Inglés | ❑ Otro *especifique* | ❑ No sabe leer |
| **7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?** | ❑ Inglés | ❑ Otro *especifique* | ❑ No sabe escribir |

**THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:**

| SCHOOL DISTRICT INFORMATION: | STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM: |
|---|---|
| *District Name (Number) & School* *Address* | |

# 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. *<u>*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación,*</u> ¿ha <u>recibido</u> 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 (Individualized Education Program - IEP)? ❑ 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 de un padre o de la persona en relación paternal*** ***Fecha***

**Relación con el estudiante: ❑ 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: ❑ NO ❑ YES**

****DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:** _____ (MO DAY YR.)

**OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:**
- ❑ ADMINISTER NYSITELL
- ❑ ENGLISH PROFICIENT
- ❑ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

### NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

**NAME:** _____ **POSITION:** _____

**DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:** _____ (MO. DAY YR.)

**PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:** ❑ ENTERING ❑ EMERGING ❑ TRANSITIONING ❑ EXPANDING ❑ COMMANDING

**FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:**

Phelps-Clifton Springs
Central School District

Where students soar to success

# *Cuestionario de vivienda del Estado de Nueva York*


**Preguntas para UPK-6:**
Kim Maher
Escuela Primaria Midlakes
315-548-6700
kMaher@midlakes.org

**Preguntas para 7-12:**
Amanda Wheeler
Escuela Intermedia/Secundaria Midlakes
315-548-6312
awheeler@midlakes.org

# Cuestionario de Vivienda del Estado de Nueva York

Identificación y apoyo a estudiantes en vivienda temporal conforme a la Ley McKinney-Vento y el Artículo 3209 de la Ley de Educación del Estado de Nueva York

*Este formulario debe completarse cuando un estudiante se matricula por primera vez, y cada vez que ocurra un cambio en la situación de vivienda. No hay respuestas incorrectas. Este formulario puede completarse de forma independiente, o la persona de enlace de McKinney-Vento puede ayudar. Para acceder a una lista de personas de enlace de McKinney-Vento, visite https://www.nysteachs.org/liaisons.*

| **DISTRITO O LEA** | **NOMBRE DE LA ESCUELA** |
|---|---|
| | |

## Acerca de este formulario y sus derechos

La ley federal y estatal exige que las escuelas identifiquen a los estudiantes que viven en una vivienda temporal y se aseguren de que puedan matricularse, asistir y tener éxito en la escuela. La Ley McKinney-Vento de Asistencia para Personas sin Hogar, junto con el Artículo 3209 de la Ley de Educación del Estado de Nueva York, protege a los estudiantes y a las familias que ya no tienen un lugar permanente y estable donde vivir; que han perdido su vivienda; que se alojan temporalmente con otras personas; o que viven en un lugar que nunca estuvo destinado a ser un hogar.

**Los estudiantes elegibles tienen derecho a:**

- ✓ Permanecer en la escuela a la que asistían cuando tuvieron vivienda permanente por última vez (llamada escuela de origen), durante todo el tiempo que estén en vivienda temporal.
- ✓ Matricularse de inmediato en la escuela local donde se encuentran viviendo temporalmente (la escuela de la ubicación actual).
- ✓ Matricularse y comenzar la escuela de inmediato, incluso sin certificado de nacimiento, comprobante de domicilio, registro de vacunas o expediente escolar.
- ✓ Recibir transporte gratuito de ida y vuelta a la escuela a la que asisten, así como a actividades extraescolares (si se encuentran a menos de 50 millas).
- ✓ Recibir comidas escolares gratuitas sin necesidad de presentar comprobantes de ingresos, así como acceso a otros servicios escolares, incluidos los recursos del subsidio McKinney-Vento, si están disponibles.

Esta información es confidencial y se compartirá únicamente con el personal escolar que tenga una necesidad educativa legítima de respaldar el acceso del estudiante a los derechos y servicios de McKinney-Vento. Proporcionar esta información es voluntario y se utilizará únicamente para determinar la elegibilidad para los servicios conforme a la Ley McKinney-Vento y el Artículo 3209 de la Ley de Educación del Estado de Nueva York. Proporcionar esta información no afectará su estatus migratorio, su capacidad para matricularse ni el acceso a otros servicios.

## Información del Estudiante

| NOMBRE DEL ESTUDIANTE (APELLIDO, NOMBRE) | GRADO ESCOLAR (PREESCOLAR–12) |
|---|---|
| GÉNERO DEL ESTUDIANTE<br>☐ M ☐ F ☐ X = No binario | FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE (MES/DÍA/AÑO) |
| NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL | |

| NÚMERO DE TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|
| DIRECCIÓN DONDE RESIDE EL ESTUDIANTE | |

## ¿Dónde reside el estudiante en este momento?

Conforme a la Ley McKinney-Vento, los estudiantes están protegidos cuando su residencia nocturna no es fija, regular ni adecuada. Marque todas las casillas que describan dónde reside el estudiante en este momento.

☐ Vivienda permanente: usted es propietario o alquila un hogar fijo, regular y adecuado

☐ Vivienda compartida: se está alojando con otra familia o una persona debido a la pérdida de su vivienda, dificultades económicas, un desalojo o una razón similar

☐ En un refugio de emergencia, de vivienda transitoria, o para víctimas de violencia doméstica.
Nombre del refugio o programa: _____

☐ En un hotel o motel porque no hay otro lugar adecuado y alternativo donde alojarse

☐ En un automóvil, parque, campamento, estación de autobuses o trenes, edificio abandonado, u otro lugar que no está destinado para una habitación estable o vivienda establecida.

☐ En un lugar sin calefacción, agua corriente o electricidad, o que de otro modo no sea estructuralmente seguro o sea inadecuado para habitar

☐ Desplazado(a) por un incendio, inundación, desastre natural u otra emergencia

☐ Otra situación temporal no incluida aquí:: _____

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su situación? (opcional)

_____

## ¿Es el estudiante un joven sin hogar no acompañado (UHY, por sus siglas en inglés)?

La Ley McKinney-Vento identifica como joven sin hogar no acompañado (UHY) a los estudiantes que no viven con un padre, madre o tutor legal, y que no residen en una vivienda permanente. Los UHY tienen derecho a matricularse en la escuela y a completar y firmar este formulario de manera independiente, sin la presencia de un padre, madre o adulto. La persona de enlace de McKinney-Vento puede ayudar a los UHY con este proceso.

☐ **Marque esta casilla si considera que el estudiante identificado anteriormente podría cumplir con los criterios de elegibilidad de McKinney-Vento descritos aquí.**

## ¿Hay niños adicionales en el hogar?

Para ayudarnos a identificar y apoyar a todos los niños y jóvenes elegibles, indique a todos los niños que viven actualmente con usted, sin importar su edad o si están matriculados en la escuela. Esto incluye bebés, niños en edad preescolar y niños en edad escolar.

| Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre) | Fecha de Nacimiento | Grado | Escuela Actual o Más Reciente | Última Escuela a la que Asistió Antes de la Actual o Más Reciente |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## Exactitud de la Información y Firma

La persona que completa este formulario certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta y precisa, según su leal saber y entender.

**NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA):** _____

**Firma:** _____ **Fecha:** _____

*Un joven sin hogar no acompañado puede firmar en su propio nombre.*

**¿Necesita ayuda?** Comuníquese con la persona de enlace de McKinney-Vento cuya información de contacto se puede encontrar en la parte superior de este formulario, o llame a la Línea de Ayuda de NYS-TEACHS al 800-388-2014. Visite nysteachs.org para obtener más información.

**SOLO PARA USO OFICIAL (Personal Escolar)**

**Fecha de recepción:**_____ **Recibido por:**_____

Elegibilidad: ☐ Elegible ☐ No Elegible ☐ Pendiente

Código de Residencia Nocturna Principal de Personas sin Hogar (SIRS):

☐ D = Vivienda compartida ☐ S = Refugio ☐ H = Hotel/Motel

☐ U = Sin refugio ☐ T = Vivienda transitoria

Joven sin hogar no acompañado (UHY): ☐ Sí ☐ No

Formulario de Designación: ☐ Sí ☐ N/A ☐ Codificado en el Sistema de Información del Estudiante (SIS)

Persona de enlace notificada (iniciales): Fecha: ☐ La familia se negó a proporcionar información

**Notas:**

_____

_____

_____

_____

Phelps-Clifton Springs
Central School District

Where students soar to success

# *Formulario de inscripción de estudiantes de Midlakes*


**Preguntas para UPK-6:**
Kim Maher
Escuela Primaria Midlakes
315-548-6700
kMaher@midlakes.org

**Preguntas para 7-12:**
Amanda Wheeler
Escuela Intermedia/Secundaria Midlakes
315-548-6312
awheeler@midlakes.org

# Formulario de Inscripción Estudiantil

Phelps-Clifton Springs Central School District
Where students soar to success

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre: Primer _____ Segundo _____ Apellido_____ Fecha de nacimiento: ___ /___/

Dirección: _____ Ciudad_____, NY Código postal _____

Grado de Ingreso: ___ Género: ○ Varón ○ Mujer ○ No Binario Lengua nativa: _____

¿Es el estudiante de origen Hispano, Latino, o Español? ○ Sí (Hispano) ○ No (No Hispano)

Etnicidad (escoja una o más): ☐ Afroamericana/Negra ☐ India Americana/Nativa de Alaska ☐ Asiática ☐ Nativa Hawaiana/Isleña del Pacífico ☐ Blanca

## INFORMACION DEL PADRE/TUTOR PRIMARIO*

Nombre: Primer _____ Segundo _____ Apellido_____

Dirección: _____ Ciudad_____, NY Código postal _____

Relación con el estudiante: ○ Tutor Legal ○ Padre ○ Padrastro Lengua sativa: _____

Teléfono celular: (___)_____ Teléfono del trabajo: (____)_____ Teléfono residencial: (___)_____

Número de teléfono para ParentSquare Comunicaciones (cierres, actualizaciones de emergencia, etc.): (___)_____

Recibe correspondencia: ○ Sí ○ No Acceso al SchoolTool portal de los padres: ○ Sí ○ No

E-mail: _____

Nombre: Primer _____ Segundo _____ Apellido_____

Dirección: _____ Ciudad_____, NY Código postal _____

Relación con el estudiante: ○ Tutor Legal ○ Padre ○ Padrastro Lengua sativa: _____

Teléfono celular: (___)_____ Teléfono del trabajo: (____)_____ Teléfono residencial: (___)_____

Número de teléfono para ParentSquare Comunicaciones (cierres, actualizaciones de emergencia, etc.): (___)_____

Recibe correspondencia: ○ Sí ○ No Acceso al SchoolTool portal de los padres: ○ Sí ○ No

E-mail: _____

## OTHER PARENT/GUARDIAN INFORMATION*

Nombre: Primer _____ Segundo _____ Apellido_____

Dirección: _____ Ciudad_____, NY Código postal _____

Relación con el estudiante: ○ Tutor Legal ○ Padre ○ Padrastro Lengua sativa: _____

Teléfono celular: (___)_____ Teléfono del trabajo: (____)_____ Teléfono residencial: (___)_____

Número de teléfono para ParentSquare Comunicaciones (cierres, actualizaciones de emergencia, etc.): (___)_____

Recibe correspondencia: ○ Sí ○ No Acceso al SchoolTool portal de los padres: ○ Sí ○ No

E-mail: _____

Nombre: Primer _____ Segundo _____ Apellido_____

Dirección: _____ Ciudad_____, NY Código postal _____

Relación con el estudiante: ○ Tutor Legal ○ Padre ○ Padrastro Lengua sativa: _____

Teléfono celular: (___)_____ Teléfono del trabajo: (___)_____ Teléfono residencial: (___)_____

Número de teléfono para ParentSquare Comunicaciones (cierres, actualizaciones de emergencia, etc.): (___)_____

Recibe correspondencia: ○ Sí ○ No Acceso al SchoolTool portal de los padres: ○ Sí ○ No

E-mail: _____

** Los padres/tutores serán contactados en el orden enumerado previamente desde arriba hasta abajo*

*¿Tiene el estudiante cualquier padre/tutor que está en servicio activo en las fuerzas armadas? ○ Si ○ No

De ser Sí, ¿Quién está en servicio activo? _____ Cuál rama: _____ Fecha ingresó: ___/___/____

## ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ PREVIAMENTE

| Nombre de la escuela | Ciudad/Pueblo, Estado, Condado | Grado(s) | Fechas asistió |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

¿Está este estudiante suspendido actualmente de su escuela más reciente? ○ Si ○ No

## INFORMACIÓN SOBRE HERMANOS EN LA CASA

| Primer nombre | Apellido | Fecha de nacimiento | Género |
|---|---|---|---|
| | | / / | ○ Varón ○ Mujer ○ No binario |
| | | / / | ○ Varón ○ Mujer ○ No binario |
| | | / / | ○ Varón ○ Mujer ○ No binario |
| | | / / | ○ Varón ○ Mujer ○ No binario |

## CUSTODIA & CONTACTO

Por favor seleccione uno de los siguientes acuerdos de custodia:

○ 50/50 ○ Colocado en hogar de crianza (debe proporcionar DDS-2999/324) ○ Custodia Compartida
○ Tutor Legal ○ Custodia Exclusiva ○ Custodia Temporera ○ Joven no Acompañado

Restricciones de contacto y/o información:

○ No restricciones para padres/tutores ○ Papeles de Custodia especifican Restricciones ○ Orden de Protección
○ Otros documentos, especifique: _____ Fecha de vencimiento: ____/____/_____
Persona(s) restricta(s): _____ Relación con el estudiante: _____

*El papeleo de Custodia y/o Restricciones debe ser proporcionado durante la inscripción.*
*Tenga la bondad de informar a su escuela si hay algún cambio junto con el papeleo actualizado.*

## SERVICIOS DE APOYO AL ESTUDIANTE

¿Alguna vez se ha identificado a su hijo/hija como que tiene una discapacidad (CSE o CPSE)? ○ Si ○ No

De ser sí, por favor describa:

¿Tiene su estudiante un IEP? ○ Si ○ No ¿Tiene su estudiante un Plan 504? ○ Si ○ No

Describa los servicios de educación especial que su hijo/hija haya recibido (es decir, terapia del habla, terapia cupacional, terapia física, recursos, clases especiales e instrucción correctiva): _____

¿Es su estudiante elegible para servicios de migrantes?
○ Si ○ No

¿Es su estudiante elegible para almuerzo gratis/a precio educido?
○ Si ○ No ○ No estoy seguro

¿Ha recibido su hijo/hija cualquier otro servicio (es decir, superdotado/talentoso y/o inglés como segundo idioma)?
○ Si ○ No De ser sí, por favor describa:

Phelps-Clifton Springs Central School District

Where students soar to success

# Individuos Autorizados

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: Primer_____Segundo_____Apellido_____

Fecha de nacimiento: ____/____/_____ Grado: _____

## CONTACTO DE EMERGENCIA (APARTE DEL PADRE/TUTOR) *

Nombre: Primer _____Apellido

Relación con el estudiante: ○ Contacto de Emergencia ○ Cuidador/Provee Cuido Diario

Dirección: _____Ciudad_____, Estado_____ Código postal_____

Teléfono celular: (____)_____ Teléfono del trabajo: (____)_____ Teléfono residencial: (____)_____

☐ Marque aquí para autorizar que el estudiante que el estudiante puede ser recogido de la escuela en caso de enfermedad o emergencia.

Nombre: Primer _____Apellido

Relación con el estudiante: ○ Contacto de Emergencia ○ Cuidador/Provee Cuido Diario

Dirección: _____Ciudad_____, Estado_____ Código postal_____

Teléfono celular: (____)_____ Teléfono del trabajo: (____)_____ Teléfono residencial: (____)_____

☐ Marque aquí para autorizar que el estudiante que el estudiante puede ser recogido de la escuela en caso de enfermedad o emergencia.

Nombre: Primer _____Apellido

Relación con el estudiante: ○ Contacto de Emergencia ○ Cuidador/Provee Cuido Diario

Dirección: _____Ciudad_____, Estado_____ Código postal_____

Teléfono celular: (____)_____ Teléfono del trabajo: (____)_____ Teléfono residencial: (____)_____

☐ Marque aquí para autorizar que el estudiante que el estudiante puede ser recogido de la escuela en caso de enfermedad o emergencia.

Nombre: Primer _____Apellido

Relación con el estudiante: ○ Contacto de Emergencia ○ Cuidador/Provee Cuido Diario

Dirección: _____Ciudad_____, Estado_____ Código postal_____

Teléfono celular: (____)_____ Teléfono del trabajo: (____)_____ Teléfono residencial: (____)_____

☐ Marque aquí para autorizar que el estudiante que el estudiante puede ser recogido de la escuela en caso de enfermedad o emergencia.

/ /

_____ _____

*Fecha* *Firma del Padre o Tutor*

* Tenga en cuenta que los padres y tutores serán contactados primero. Los contactos de emergencia anteriores se contactarán en el orden en que se enumeran de arriba a abajo.

Phelps-Clifton Springs
Central School District

Where students soar to success

# *Formulario de recursos digitales para estudiantes de NYS*


**Preguntas para UPK-6:**
Kim Maher
Escuela Primaria Midlakes
315-548-6700
kMaher@midlakes.org

**Preguntas para 7-12:**
Amanda Wheeler
Escuela Intermedia/Secundaria Midlakes
315-548-6312
awheeler@midlakes.org

# Student Digital Resources

**Estudia** _____ **Distrito** **PHELPS-CLIFTON** SPRINGS **CENTRAL**

*Recaudando informaci6n sabre recursos digita/es para nuestros estudiantes def estado de Nueva York ayudara a nuestras escuelas entender de coma mejor ayudar. El Departamento de Educaci6n de N. Y. le pide a las padres de nuestros estudiantes completar una encuesta para cada uno de sus hijos que son estudiantes in grados Kinder- Grado 12. La encueta proveera informaci6n sabre el acceso digital en su hogar. Favor de contestar cada pregunta i seguir las instrucciones adiciona/es en sometiendo la encuesta. Gracias par su tiempo y cooperaci6n.*

***Use tinta azul o negro.***

1. lRecibi6 su hijo(a) tecnologfa (aparato tecnol6gico) del distrito para el uso en su hogar durante el ano escolar?
   osf 0 No

2. lOue tecnologfa (aparato tecnol6gico) usa su hijo(a) mas a menudo para completar el trabajo fuera de la escuela?
   O Computadora
   0 Computadora portatil
   O Tableta
   0 Chromebook
   O Telefono celular
   O No tiene aparato tecnol6gico

3. lOuien es el proveedor del aparato primario usado para aprender identificado en la pregunta #2? (El aparato puede ser de la escuela, u otro, el aparato mas usado para completar el trabajo de la escuela.)
   O La escuela
   0 Personal
   0 No tiene aparato tecnol6gico

4. lla tecnologfa (aparato tecnol6gico) que usa su hijo(a) para aprender es compartida con otros en su hogar?
   O Es compartida
   0 No es compartida
   0 No tiene aparato tecnol6gico

5. lEs la tecnologfa (aparato tecnol6gico) que usa su hijo(a) suficiente para hacer todo su trabajo escolar fuera de la escuela
   0 Sf O No

6. lTiene su hijo(a) acceso al internet en su hogar?
   0 Sf O No

7. lOuien es el proveedor primordial de internet en el hogar de su hijo(a)?
   O Internet de la residencia
   O Celular
   O Punto de acceso (hot spot) m6vil
   0 WiFi en la comunidad
   O Satelite
   O Telefono o acceso manual
   0 DSL
   O Otro
   0 Ninguno

8. lEn el hogar de su hijo(a), puede su hijo(a) completar todas las asignaciones y trabajo escolar incluyendo videos, subiendo documentos, sin interrupci6n causado por el internet (eficaz lento o pobre)?
   0 Sf O No

9. lCual, si hay, es la barrera mas significante en tener acceso de internet en su residencia?
   0 Disponibilidad
   0 Costo
   O Otro
   0 Ninguno

Estudiante ID

Distrito ID

NY43130100000

Phelps-Clifton Springs Central School District

Where students soar to success

# *Solicitud de entrega de registros de Midlakes*


**Preguntas para UPK-6:**
Kim Maher
Escuela Primaria Midlakes
315-548-6700
kMaher@midlakes.org

**Preguntas para 7-12:**
Amanda Wheeler
Escuela Intermedia/Secundaria Midlakes
315-548-6312
awheeler@midlakes.org

Phelps-Clifton Springs Central School District

Where students soar to success

# Solicitud de Liberación de Registros

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: Primer_____Segundo_____Apellido_____

Fecha de nacimiento: ____/____/____Último Grado Inscrito:_____Fecha Anticipada de Comienzo*:____/____/_____

**A escuela previa tenga la bondad de no dar de baja de inscripción al estudiante hasta que se notifique la fecha de comienzo*

## INFORMACIÓN DE ESCUELA PREVIA

Nombre de Escuela Previa: _____

Dirección de Escuela Previa: _____

Ciudad_____Estado_____Código Postal _____

Teléfono de Escuela Previa: (_____)_____ Fax de Escuela Previa: (_____)_____

## PERMISO

Por la presente se otorga permiso al Distrito Escolar Central Phelps Clifton Springs para recibir información de usted y/o liberar información a usted respecto al estudiante mencionado arriba.

/ /

_____ _____

*Fecha* *Firma del Padre o Tutor o del Joven No Acompañado*

## INSTRUCCIÓN PARA ESCUELAS PREVIAS

El estudiante mencionado arriba se está registrando en nuestro distrito escolar. Envíe la siguiente información lo antes posible para que podamos hacer todo lo posible para prepararnos para él o ella:

- Registros administrativos: nombre, dirección, fecha de nacimiento, nivel de grado, etc.
- Registros de asistencia
- Acta de nacimiento
- IEP o Plan 504 actual (si corresponde)
- Informes disciplinarios
- Papeleo de almuerzo gratis/a precio reducido
- Estudiantes de grados K-6 - boleta de calificaciones reciente
- Estudiantes del 7º al 12º grado: registro académico acumulativo
- Estudiantes de los grados 9º -12º - Transcripción no oficial
- Datos de prueba estandarizadas que incluyen, entre otros, evaluaciones del estado de Nueva York
- Todos los informes y evaluaciones asociados con la educación especial (si corresponde)
- Todos los informes y evaluaciones asociados con los servicios de ENL.(si corresponde)

Tenga la bondad de enviar los registros a:

| Students K-6 | Students 7-12 | Students with Disabilities |
|---|---|---|
| Kim Maher<br>Phelps-Clifton Springs CSD<br>1500 State Route 488<br>Clifton Springs, NY 14432 | Amanda Wheeler<br>Phelps-Clifton Springs CSD<br>1554 State Route 488 Clifton<br>Springs, NY 14432 | Jessica Givens<br>Phelps-Clifton Springs CSD<br>1550 State Route 488<br>Clifton Springs, NY 14432 |
| Tel: (315) 548-6700<br>Fax: (315) 548-6709<br>Scan: kmaher@midlakes.org | Tel: (315)548-6310<br>Fax: (315) 548-6309<br>Scan:AWheeler@midlakes.org | Tel: (315) 548-6440<br>Fax: (315) 548-6449<br>Scan: jgivens@midlakes.org |

Phelps-Clifton Springs Central School District

Where students soar to success

# *Disposición de Elegibilidad Comunitaria del Estado de Nueva York*

*(Actualmente, TODOS los estudiantes que asisten a Midlakes reciben Desayuno & Almuerzo Gratis como parte del Programa de Elegibilidad Comunitaria de NYS- Este siguiente formulario se utiliza cuando el Distrito Escolar vuelve a solicitar la elegibilidad para garantizar que todos nuestros estudiantes continúen recibiendo Desayuno & Almuerzo Gratis en la Escuela.)*


**Preguntas para UPK-6:**
Kim Maher
Escuela Primaria Midlakes
315-548-6700
kMaher@midlakes.org

**Preguntas para 7-12:**
Amanda Wheeler
Escuela Intermedia/Secundaria Midlakes
315-548-6312
awheeler@midlakes.org

# Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP)/Disposición 2 en año no básico
# Formulario de elegibilidad para ingresos de vivienda

El Distrito Escolar Central de North Rockland participa en la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (por sus siglas en inglés, "CEP") o Disposición 2 en un año no básico. Todos los niños de la escuela recibirán comidas y leche sin costo, sin importar los ingresos de su hogar o si llenaron este formulario. Este formulario tiene la finalidad de determinar la elegibilidad para beneficios adicionales de programas estatales y federales que sus hijos podrían recibir. Lea las instrucciones al reverso, llene **solamente un** formulario por hogar, fírmelo y entréguelo a la escuela arriba mencionada.
Llame al 845-942-3097 o 3090 si necesita ayuda.

1. Escriba los nombres de todos los niños de su hogar que asisten a la escuela:

| Nombre del estudiante | Escuela | Grado/Maestro | Hijo de acogida | Sin ingresos |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2. Beneficios de SNAP/TANF/FDPIR:
Si algún miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP, TANF o FDPIR, escriba su nombre y numero de CASO aquí. Vaya a la parte 5 y firme la solicitud.

Nombre: N.° de caso:

3. Ingresos brutos del hogar: Escriba los nombres de todas las personas que viven en su hogar, cuál es su sueldo y con qué frecuencia lo reciben (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual). No deje el ingreso en blanco. Si no tiene ingresos, marque la casilla correspondiente. Si mencionó a un hijo de acogida antes, debe incluir sus ingresos personales.

| Nombre del miembro del hogar | Ingresos del trabajo antes de deducciones ***Cantidad / Frecuencia*** | Manutención de menores, pensión por divorcio ***Cantidad / Frecuencia*** | Pensiones, pagos por jubilación ***Cantidad / Frecuencia*** | Otros ingresos, Seguro Social ***Cantidad / Frecuencia*** | Sin ingresos |
|---|---|---|---|---|---|
| | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | |
| | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | |
| | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | |
| | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | |
| | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | |
| | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | |
| | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | |
| | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | $ _____ / _____ | |

4. Firma: Un miembro adulto del hogar debe firmar esta solicitud.

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es veraz y que se han incluido todos los ingresos. Entiendo que la información se proporciona con el fin de que la escuela pueda recibir fondos federales. Los funcionarios escolares pueden verificar la información, y en caso de que haya proporcionado información falsa de manera deliberada puedo ser procesado de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables, y mi hijo puede perder los beneficios de comidas.

**Firma:**_____**Fecha:**_____
**Dirección de correo electrónico:** _____
**Teléfono de residencia :**_____
**Teléfono de trabajo:** _____
**Domicilio:** _____

## NO ESCRIBA EN ESTE CUADRO – SÓLO PARA USO DE LA ESCUELA

**Conversión de los ingresos anuales (convierta solamente cuando se informen frecuencias de ingresos distintas en la solicitud) Semanal X 52; Cada dos semanas (catorcenal) X 26; Dos veces al mes X 24; Mensual X 12**

SNAP/TANF/Acogida

Ingresos del hogar: Ingresos totales del hogar/Frecuencia: _____/ _____Tamaño del hogar: _____

Elegibilidad gratuita Elegibilidad reducida Elegibilidad denegada

**Firma del funcionario que revisa:**_____

**INSTRUCCIONES del formulario de ingresos del hogar para CEP/Disposición 2 en año no básico**

**PARTE 1** **TODOS LOS HOGARES DEBEN LLENAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO LLENE MÁS DE UN FORMULARIO PARA SU HOGAR.**

(1) Escriba en un solo formulario y con letra de molde los nombres de los niños para los que presenta la solicitud, incluyendo a los hijos de acogida.
(2) Escriba sus grados y escuelas.
(3) Marque la casilla para indicar a un hijo de acogida que vive en su hogar, y marque la casilla para cada hijo sin ingresos.

**PARTE 2** **LOS HOGARES QUE RECIBEN SNAP, TANF O FDPIR DEBEN LLENAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4.**

(1) Escriba el número de caso vigente de SNAP (siglas en inglés del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria), TANF (siglas en inglés de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) o FDPIR (siglas en inglés del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indias) de todas las personas que viven en su hogar. No use el número de 16 dígitos que aparece en su tarjeta de beneficios. El número de caso se encuentra en su carta de beneficios.
(2) Un miembro adulto del hogar debe firmar la PARTE 4 del formulario. **OMITA LA PARTE 3** - No escriba los nombres ni los ingresos de los miembros del hogar si incluyó algún número de SNAP, TANF o FDPIR.

**PARTES 3 Y 4 TODOS LOS DEMÁS HOGARES DEBEN LLENAR EN SU TOTALIDAD LAS PARTES 3 Y 4.**

(1) Escriba los nombres de todos los miembros de su hogar, reciban o no ingresos. Inclúyase a usted mismo, a los hijos por los que llena la solicitud, a todos sus demás hijos, a su cónyuge, a los abuelos y a las demás personas, con o sin parentesco, que viven en su hogar. Use otra hoja de papel si necesita más espacio.
(2) Escriba el monto de los ingresos actuales que recibe cada miembro del hogar, antes de impuestos y de cualquier deducción, e indique de dónde proviene, como ingresos, beneficencia, pensiones u otros ingresos. Si los ingresos actuales fueron mayores o menores de lo usual, escriba los ingresos usuales de la persona. **Especifique con cuánta frecuencia recibe este monto de ingresos; semanal, cada dos semanas (catorcenal), 2 veces al mes, mensual. Si no tiene ingresos, marque la casilla correspondiente.** El valor del cuidado de niños provisto u organizado, así como cualquier monto recibido como pago por dicho cuidado de niños y reembolso por costos incurridos debido a dicho cuidado de acuerdo con el Subsidio en Bloque para Cuidado y Desarrollo de Niños, TANF y Programas de Cuidado de Menores en Situación de Riesgo, **no** debe considerarse como ingreso para efectos de este programa.

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD**

## Política de privacidad

En el Distrito Escolar Central de North Rockland, aprovechamos la tecnología más avanzada para mejorar nuestros servicios, dando siempre prioridad a la privacidad y la seguridad de los datos.

Estamos comprometidos con la transparencia y actualizamos periódicamente nuestras políticas de privacidad para adaptarlas a la normativa vigente y a las mejores prácticas. Animamos a todo el mundo a participar activamente en la protección de los datos personales.

El distrito se toma muy en serio la confidencialidad de los datos personales recopilados. Nos ajustamos a las normas del sector y a las prácticas recomendadas para salvaguardar la confidencialidad, la integridad y la accesibilidad de estos datos. Nuestro enfoque incluye medidas técnicas exhaustivas, controles administrativos estrictos y formación continua para garantizar que los datos personales se traten de forma responsable y segura.

Para reforzar aún más nuestras medidas, impartimos formación periódica sobre privacidad y seguridad de los datos a nuestros empleados, lo que les ayuda a mantenerse al día sobre las últimas prácticas en materia de privacidad y las posibles amenazas. Además, colaboramos estrechamente con nuestros socios y proveedores para garantizar que cumplen nuestros elevados estándares de protección de datos, manteniendo una supervisión estricta para asegurar el cumplimiento de nuestras políticas.

Phelps-Clifton Springs Central School District

Where students soar to success

# *Acuerdo de Tecnología de Midlakes*


**Preguntas para UPK-6:**
Kim Maher
Escuela Primaria Midlakes
315-548-6700
kMaher@midlakes.org

**Preguntas para 7-12:**
Amanda Wheeler
Escuela Intermedia/Secundaria Midlakes
315-548-6312
awheeler@midlakes.org

Phelps-Clifton Springs
Central School District
Where students soar to success

# Acuerdo de Tecnología

## POLÍTICA Y ACUERDO DE USO ACEPTABLE

Los siguientes son los términos de nuestra Política de Uso Aceptable:

- **Distribución**: El Distrito distribuirá un dispositivo para cada alumno al comienzo del año escolar.
- **Propiedad**: Todos los dispositivos son propiedad del Distrito.
- **Términos del acuerdo**: Los estudiantes podrán usar su dispositivo durante el año escolar. Los estudiantes que se den de baja, sean suspendidos, cambien programas o abandonen el Distrito deben devolver su dispositivo y cualquier accesorio antes de su partida.
- **Costo del uso:** El Distrito comprará el dispositivo y todas las aplicaciones requeridas. Los padres/ tutores son responsables del costo de cualquier daño, pérdida o robo del dispositivo determinado por la administración del distrito como causado por negligencia grave.
- **Protección del dispositivo:** Los estudiantes, con el apoyo de los padres/tutores cuidarán del dispositivo de tal manera que minimice la probabilidad de daño, pérdida y robo. Esto incluye mantener el dispositivo en el estuche protector provisto por el Distrito en todo momento, así como mantener el dispositivo en un lugar seguro en tránsito entre el hogar y la escuela.

## ACUERDO DE TECNOLOGÍA DEL PADRE/TUTOR

- Se me ha informado de la Política para el Uso de Tecnología del Estudiante y el Manual del Estudiante.
- Puedo acceder a la Política para el Uso de Tecnología del Estudiante y al Manual del Estudiante visitando www.midlakes.org o solicitando una copia por escrito al director.
- Acepto la responsabilidad de establecer y transmitir estándares para el uso apropiado y aceptable de la tecnología a mi estudiante cuando él/ella está usando la tecnología, incluidos los dispositivos electrónicos personales en los terrenos de la escuela o en eventos escolares.
- Estoy consciente de que puedo encontrar una lista actualizada de los recursos utilizados con los estudiantes y su información de privacidad de datos en www.midlakes.org o solicitando una copia por escrito al director.
- Libero al Distrito, la Junta de Educación, sus agentes y empleados de cualquier reclamo de cualquier naturaleza que surja del uso de la tecnología del Distrito por parte de mi estudiante de cualquier manera.

## ACUERDO DE TECNOLOGÍA DEL ESTUDIANTE

- Se me ha informado de la Política para el Uso de Tecnología del Estudiante y el Manual del estudiante.
- Puedo acceder a la Política para el Uso de Tecnología del Estudiante y al Manual del Estudiante visitando www.midlakes.org o solicitando una copia por escrito al director de mi edificio.
- Seguiré la Política para el Uso de Tecnología del Estudiante y el Manual del Estudiante, así como cualquier cambio o adición que el Distrito pueda adoptar más tarde.
- Si infrinjo la Política para el Uso de Tecnología del Estudiante o el Manual del Estudiante, entiendo que puedo perder los privilegios relacionados con la tecnología y estar sujeto a las políticas de conducta y disciplina de la escuela del Distrito.
- Entiendo que el Distrito se reserva el derecho de emprender acciones legales contra mí o mis padres/tutores si intencionalmente, maliciosamente o ilegalmente daño o destruyo la propiedad del Distrito.

**○ Doy mi permiso para que mi hijo lleve su dispositivo a casa, si la escuela les otorga el privilegio.**
**○ No deseo que mi hijo tenga acceso a su dispositivo del Distrito fuera de la escuela.**

_____ / ____ / _____ _____

*Fecha* *Firma del Padre o Tutor*

_____ / ____ / _____ _____

*Fecha* *Firma del Estudiante*

Phelps-Clifton Springs
Central School District

Where students soar to success

# *Formulario de transporte de Midlakes*


**Preguntas para UPK-6:**
Kim Maher
Escuela Primaria Midlakes
315-548-6700
kMaher@midlakes.org

**Preguntas para 7-12:**
Amanda Wheeler
Escuela Intermedia/Secundaria Midlakes
315-548-6312
awheeler@midlakes.org

# Transporte

Phelps-Clifton Springs Central School District
Where students soar to success

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre: Primer _____ Segundo _____ Apellido _____ Grado: _____

Dirección: _____ Ciudad _____, NY _____ Teléfono: (____)_____

## INSTRUCCIONES

Por favor proporcione un formulario para cada niño.

Complete las secciones de este formulario que correspondan a su niño.
Solamente se aceptaran dos lugares de recogida y dos lugares de entrega.

## INFORMACIÓN DE LA MAÑANA

Fecha de comienzo: ___/___/_____

☐ **No se necesita transporte en la mañana**

☐ **Hogar**

☐ Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes

☐ **Lugar de la mañana:**

☐ Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes

Proveedor: _____ Teléfono: (_____)_____

Dirección: _____

## INFORMACIÓN DE ENTREGA EN LA TARDE

Fecha de comienzo: ___/___/_____

☐ **No se necesita transporte en la tarde**

☐ **Hogar**

☐ Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes

☐ **Lugar de la tarde:**

☐ Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes

Proveedor: _____ Teléfono: (_____)_____

Dirección: _____

En caso de un cierre de emergencia, me gustaría se transporte a mi hijo a: ○ Hogar ○ Cuido de niño

Cuando el horario de la escuela es **Medio Día**, me gustaría se transporte a mi hijo a: ○ Hogar ○ Cuido de niño

/ /

_____ _____

*Fecha* *Firma del Padre o Tutor*

Phelps-Clifton Springs
Central School District

Where students soar to success

# *Autorización para el uso de fotografías de estudiantes de Midlakes*


**Preguntas para UPK-6:**
Kim Maher
Escuela Primaria Midlakes
315-548-6700
kMaher@midlakes.org

**Preguntas para 7-12:**
Amanda Wheeler
Escuela Intermedia/Secundaria Midlakes
315-548-6312
awheeler@midlakes.org

Phelps-Clifton Springs
Central School District
Where students soar to success

# Publicación de Foto de Estudiante

El Distrito Escolar Central de Phelps-Clifton Springs se complace en celebrar el aprendizaje y los logros de los estudiantes de Midlakes. Para hacerlo, el Distrito frecuentemente publica en las redes sociales e Internet. Estas publicaciones pueden incluir ciertos datos de estudiantes, incluidos, entre otros, nombres de estudiantes, honores y premios recibidos, trabajos no calificados de estudiantes, obras de arte de estudiantes, fotografías de estudiantes y videos y/o grabaciones de voz. Además, el Distrito también puede divulgar esta información a los medios locales o publicarla en otras publicaciones aprobadas por el Distrito, en la escuela o en funciones públicas, y en el anuario escolar. Si se publica, el nombre o la foto de un estudiante aparecerán con un claro propósito relacionado con la escuela con la intención de honrar y alabar el aprendizaje y los logros del estudiante.

La Ley Federal de Derechos y Privacidad de la Educación Familiar (FERPA) permite que los distritos escolares publiquen ciertas piezas de "información de directorio" de la escuela, incluidas muchas de las mencionadas anteriormente, a menos que los padres elijan ejercer su derecho de rechazo.

**Si acepta permitir que el Distrito Escolar Central de Phelps-Clifton Springs publique y/o muestre esta información para fines no comerciales, no se requiere ninguna acción.**

Si no otorga permiso para que el Distrito divulgue esta información, escriba una breve declaración a continuación para tal efecto. Asegúrese de incluir claramente el

Phelps-Clifton Springs
Central School District

Where students soar to success

# *Formulario de examen de salud escolar del estado de Nueva York*


**Preguntas para UPK-6:**
Kim Maher
Escuela Primaria Midlakes
315-548-6700
kMaher@midlakes.org

**Preguntas para 7-12:**
Amanda Wheeler
Escuela Intermedia/Secundaria Midlakes
315-548-6312
awheeler@midlakes.org

**REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM**
**TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR**
**IF AN AREA IS NOT ASSESSED INDICATE NOT DONE**

**Note:** NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special education (CPSE).

**STUDENT INFORMATION**

| Name | Sex: ☐ M ☐ F | DOB: |
|---|---|---|
| School: | Grade: | Exam Date: |

**HEALTH HISTORY**

| | |
|---|---|
| **Allergies** ☐ No<br>☐ Yes, indicate type | Type:<br>☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Anaphylaxis Care Plan Attached |
| **Asthma** ☐ No<br>☐ Yes, indicate type | ☐ Intermittent ☐ Persistent ☐ Other :<br>☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Asthma Care Plan Attached |
| **Seizures** ☐ No<br>☐ Yes, indicate type | Type: Date of last seizure:<br>☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Seizure Care Plan Attached |
| **Diabetes** ☐ No<br>☐ Yes, indicate type | Type: ☐ 1 ☐ 2<br>☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached |

**Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes:** *Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother, and/or pre-diabetes.*

**BMI**_____kg/m2

**Percentile (Weight Status Category):** ☐ <5th ☐ 5th-49th ☐ 50th-84th ☐ 85th-94th ☐ 95th-98th ☐ 99th and>

**Hyperlipidemia:** ☐ No ☐ Yes ☐ Not Done **Hypertension:** ☐ No ☐ Yes ☐ Not Done

**PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT**

**Height:** **Weight:** **BP:** **Pulse:** **Respirations:**

| Laboratory Testing | Positive | Negative | Date | List Other Pertinent Medical Concerns (e.g. concussion, mental health, one functioning organ) |
|---|---|---|---|---|
| TB- PRN | ☐ | ☐ | | |
| Sickle Cell Screen-PRN | ☐ | ☐ | | |
| **Lead Level Required Grades Pre- K & K** | | | **Date** | |
| ☐ Test Done ☐ Lead Elevated **≥5** µg/dL | | | | |

☐ **System Review and Abnormal Findings Listed Below**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ HEENT | ☐ Lymph nodes | ☐ Abdomen | ☐ Extremities | ☐ Speech |
| ☐ Dental | ☐ Cardiovascular | ☐ Back/Spine | ☐ Skin | ☐ Social Emotional |
| ☐ Neck | ☐ Lungs | ☐ Genitourinary | ☐ Neurological | ☐ Musculoskeletal |

| | |
|---|---|
| ☐ Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations: | Diagnoses/Problems (list) ICD-10 Code* |
| ☐ Additional Information Attached | *Required only for students with an IEP receiving Medicaid |

| Name: | DOB: |
|---|---|

**SCREENINGS**

| **Vision** (w/correction if prescribed) | **Right** | **Left** | **Referral** | **Not Done** |
|---|---|---|---|---|
| Distance Acuity | 20/ | 20/ | ☐ Yes ☐ No | ☐ |
| Near Vision Acuity | 20/ | 20/ | | ☐ |
| Color Perception Screening ☐ Pass ☐ Fail | | | | ☐ |
| Notes | | | | |

| **Hearing** Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz. | | | | **Not Done** |
|---|---|---|---|---|
| Pure Tone Screening | **Right** ☐ Pass ☐ Fail | **Left** ☐ Pass ☐ Fail | **Referral** ☐ Yes ☐ No | ☐ |
| Notes | | | | |

| **Scoliosis** Screen Boys in grade 9, and Girls in grades 5 & 7 | **Negative** | **Positive** | **Referral** | **Not Done** |
|---|---|---|---|---|
| | ☐ | ☐ | ☐ Yes ☐ No | ☐ |

**RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK**

☐ **Student may participate in all activities without restrictions.**

☐ **Student is restricted from participation in:**

☐ **Contact Sports:** Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.

☐ **Limited Contact Sports:** Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.

☐ **Non-Contact Sports:** Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.

☐ **Other Restrictions:**

**Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required** for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level **OR** Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level.

**Tanner Stage:** ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V Age of First Menses (if applicable) : _____

☐ **Other Accommodations*:** (e.g. Brace, orthotics, insulin pump, prostectic, sports goggle, etc.) Use additional space below to explain. *Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.

**MEDICATIONS**

☐ **Order Form for Medication(s) Needed at School Attached**

**IMMUNIZATIONS**

☐ Record Attached ☐ Reported in NYSIIS

**HEALTH CARE PROVIDER**

Medical Provider Signature:

Provider Name: *(please print)*

Provider Address:

Phone: Fax:

**Please Return This Form To Your Child's School When Completed.**

Phelps-Clifton Springs
Central School District

Where students soar to success

# *Certificado de Salud Dental de Midlakes*


**Preguntas para UPK-6:**
Kim Maher
Escuela Primaria Midlakes
315-548-6700
kMaher@midlakes.org

**Preguntas para 7-12:**
Amanda Wheeler
Escuela Intermedia/Secundaria Midlakes
315-548-6312
awheeler@midlakes.org

Phelps-Clifton Springs
Central School District
Where students soar to success

# Certificado de Salud Dental

Se requiere que el estudiante entregue un Certificado de Salud Dental al mismo tiempo que se requiere un Certificado de Salud (estudiantes de nuevo ingreso y estudiantes en Grados pre-K o K, 1, 3, 5, 7, 9, & 11)

- Debe ser firmado por un Dentista/Higienista dental.
- No debe tener más de 12 meses de anticipación al comienzo del año escolar actual; por lo tanto, el certificado debe estar fechado después del 1º de septiembre del año escolar anterior.
- Debe describir la condición de salud dental al momento del examen.
- Debe indicar si el estudiante está en buena condición de salud dental para permitir la asistencia a la escuela.

ESCUELA: _____ GRADO: _____

**PARA SER LLENADO POR EL PADRE/TUTOR ANTES DEL EXAMEN POR EL DENTISTA/HIGIENISTA DENTAL:**

Nombre: Primer_____Segundo_____Apellido_____Fecha de Nacimiento:___/___/____Sexo:___

Dirección:_____Ciudad_____, NY Código Postal_____

Nombre del Padre/Tutor: _____Teléfono: (_____)_____

Dirección del Padre/Tutor si diferente de la del estudiante_____

Nombre del Doctor:_____Teléfono de la oficina: (_____)_____

Nombre del Dentista/Higienista dental:_____Teléfono del dentista: (_____)_____

**INFORMACIÓN DE SALUD DENTAL (PARA SER COMPLETADA POR DENTISTA/HIGIENISTA DENTAL)**

Fecha de la evaluación: ____/____/_____

Empastes y/o restauración(es) presente(s): ○ Si ○ No
Caries sin tratar presentes: ○ Si ○ No
Urgencia de tratamiento: ○ No se encontró un problema obvio
○ Se recomienda atención dental
○ Se necesita atencion urgente

El estudiante está en buena condición de salud dental para asistir a la escuela: ○ Si ○ No
De ser no, por favor proporcione el Plan de Acción: _____

_____

_____

/ /
_____ _____
*Fecha* **Firma** *del Profesional Dental*

_____
**Nombre en letra de imprenta** *del Profesional Dental*

O *Sello de la oficina*: