

# SOUTHERN CAYUGA CENTRAL SCHOOL DISTRICT

## Formulario de registro de estudiante

For office use only

El estudiante debe ser residente de SCCS

### I. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (para el estudiante que se está matriculando)

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_ Suffix: \_\_\_\_\_  
Sexo:  Hombre  Mujer Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Comprobante de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección (debe ser la dirección de la calle): \_\_\_\_\_  
Apto., Edificio, Otro: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
El estudiante de grado ingresará: \_\_\_\_\_

### II. IDENTIFICACIÓN RACIAL Y ÉTNICA DEL ESTUDIANTE

**Instrucciones para el padre/tutor:** Por favor responda preguntas (1) y (2). Léelos antes de responder.

Para la pregunta (1), marque la casilla que mejor describa a su hijo.

(1) **¿El estudiante es hispano, latino o de origen español?** Cultura u origen mexicano, puertorriqueño, centroamericano o sudamericano u otro español, independientemente de la raza.

SÍ, hispano  NO, no hispano

(2) Seleccione una o más razas de los siguientes cinco grupos raciales. Para la pregunta (2) marque todos los grupos que se aplican a su hijo; marque al menos una casilla.

**Indio americano o nativo de Alaska:** una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte o del Sur (incluida América Central) y que mantiene afiliación tribal o apego comunitario.

**Asiático:** una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el sudeste asiático o el subcontinente indio (incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam).

**Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

**Negro o afroamericano:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

**Blanco:** Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, África del Norte o Oriente Medio.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Relación (con el registro del niño)

\_\_\_\_\_  
Fecha

### II. INFORMACIÓN FAMILIAR

#### PADRE / TUTOR LEGAL

Nombre: \_\_\_\_\_

Primera Segundo Apellido

Relacion (hacia el niño): \_\_\_\_\_

Dirección (debe ser la dirección de la calle): \_\_\_\_\_

Apto., Edificio, Otro: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono:( ) \_\_\_\_\_ Celda:( ) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Autorizado para recoger:  Yes  No

#### PADRE / TUTOR LEGAL

Nombre: \_\_\_\_\_

Primera Segundo Apellido

Relacion (hacia el niño): \_\_\_\_\_

Dirección (debe ser la dirección de la calle): \_\_\_\_\_

Apto., Edificio, Otro: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono:( ) \_\_\_\_\_ Celda:( ) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Autorizado para recoger:  Yes  No

¿Hay documentación de custodia en el archivo?:  Yes  No

**CONTACTO DE EMERGENCIA 1**  
(Enumere a una persona que asumirá cuidado temporal si no se puede contactar al padre / tutor legal)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primera                      Segundo                      Apellido

Relacion (hacia el niño): \_\_\_\_\_

Dirección (debe ser la dirección de la calle):  
\_\_\_\_\_

Apto., Edificio, Otro: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono:(     ) \_\_\_\_\_ Celda:(     ) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: (     ) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico:  
\_\_\_\_\_

Autorizado para recoger:  Si         No

**CONTACTO DE EMERGENCIA 2**  
(Enumere a una persona que asumirá cuidado temporal si no se puede contactar al padre / tutor legal)

Name: \_\_\_\_\_  
First                              Middle                              Last

Relacion (hacia el niño): \_\_\_\_\_

Dirección (debe ser la dirección de la calle):  
\_\_\_\_\_

Apto., Edificio, Otro: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono:(     ) \_\_\_\_\_ Celda:(     ) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: (     ) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico:  
\_\_\_\_\_

Autorizado para recoger:  Si         No

Cuidado de crianza (formulario DSS 2999 seguro)  
\_\_\_\_\_

Trabajador de caso \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Fecha de colocación \_\_\_\_\_ Distrito escolar de residencia en el momento de la colocación de cuidado de crianza \_\_\_\_\_

**ALOJAMIENTO; marque la opción aplicable:**

La respuesta que brinde a continuación ayudará al distrito a determinar qué servicios puede recibir usted o su hijo en virtud de la Ley McKinney-Vento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney-Vento tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, incluso si no tienen los documentos que normalmente se necesitan, como prueba de residencia, registros escolares, registros de vacunación o certificado de nacimiento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a transporte gratuito y otros servicios.

**TENGA EN CUENTA: si se marca CUALQUIER casilla que no sea "En Vivienda Permanente", entonces el estudiante / familia debe ser referido inmediatamente al Enlace de MV. En tales casos, no se requieren comprobantes de residencia y otros documentos normalmente necesarios para la inscripción y el estudiante debe ser inscrito de inmediato. Después de que el estudiante se haya inscrito, el distrito / escuela debe comunicarse con el distrito / escuela anterior al que asistió para solicitar los registros educativos del estudiante, incluidos los registros de vacunación, y el enlace de LEA del distrito de inscripción debe ayudar al estudiante a obtener cualquier otro documento o vacuna necesaria.**

<input type="checkbox"/>	Con otra familia u otra persona debido a la pérdida de la vivienda o como resultado de dificultades económicas (a veces denominado "duplicado")
<input type="checkbox"/>	En un refugio
<input type="checkbox"/>	En un motel / hotel
<input type="checkbox"/>	Situación de vida temporal (por favor describa)
<input type="checkbox"/>	En un automóvil, parque, autobús, tren o campamento
<input type="checkbox"/>	En vivienda permanente

_____	O	_____
Escriba el nombre del padre/tutor		Estudiante (para jóvenes sin hogar no acompañados)
_____	O	_____
Firma del padre / tutor		Estudiante (para jóvenes sin hogar no acompañados)

**V. INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN ADICIONAL**

¿Sospecha que su hijo tiene una discapacidad educativa o un problema de aprendizaje?  Si         No  
En caso afirmativo, explíquelo: \_\_\_\_\_ o

¿Un Comité de Educación Especial (CSE) ha identificado al estudiante con una discapacidad educativa?  Si         No  
En caso afirmativo, explíquelo \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante un plan 504?  Si         No  
En caso afirmativo, explíquelo \_\_\_\_\_

## VI. HISTORIA ACADEMICA

Las siguientes preguntas también se refieren a la experiencia preescolar. Por favor incluya programas de preescolar y cuidado de niños.

¿Ha asistido alguna vez el niño a una escuela del sur de Cayuga?  Si  No

En caso afirmativo, ¿qué escuela(s) y en qué grado(s)? Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha (s) de asistencia: \_\_\_\_\_

Nombre del ultimo niño que asistio a la escuela: \_\_\_\_\_ Name of School District: \_\_\_\_\_

Dirección de la escuela y teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha(s) última asistencia: \_\_\_\_\_ Grado actual: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR NOTIFICAR AL DISTRITO ESCOLAR DE CUALQUIER CAMBIO TAN PRONTO COMO OCURRE. ¡GRACIAS!**

## III. OTRA INFORMACIÓN FAMILIAR

Haga una lista de todos los miembros de la familia que viven en el hogar del niño, incluidos los niños que aún no tienen la edad suficiente para asistir a la escuela.

<u>NOMBRE</u>	<u>M/F</u>	<u>DOB</u>	<u>ANOS</u>	<u>Relacion hacía el niño</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**TIPO DE HOGAR:** (Marque la opción que mejor describa la situación del hogar)

Padre soltero/mujer (M)  Padre Solter/Hombre (H)  Hogar de dos padres (T)

Padre adoptivo (E)  Padre adolescente (17 años o menos) (TP)

Otros (especificar): \_\_\_\_\_

## IV. PERMISOS GENERALES

Si  No A mi hijo a se le permite asistir a todas las excursiones, siempre y cuando se me informe de ellas.

Si  No Mi hijo / hija puede ser fotografiado en el boletín escolar, folletos escolares, artículos periodísticos, videos, web, etc..

## V. CUESTIONARIO DE LENGUAJE DOMÉSTICO

Para brindarle a su hijo la mejor educación posible, necesitamos determinar qué tan bien comprende, habla, lee y escribe inglés. Su ayuda para responder estas preguntas es muy apreciada.

1. ¿Qué idioma (s) se habla en el hogar o residencia del estudiante? \_\_\_\_\_

2. ¿Qué idioma (s) se hablan la mayor parte del tiempo al estudiante en el hogar? \_\_\_\_\_

3. ¿Qué idioma (s) entiende el estudiante? \_\_\_\_\_

4. ¿Qué idioma (s) habla el estudiante? \_\_\_\_\_

5. ¿Qué idioma (s) lee el estudiante? \_\_\_\_\_

6. ¿Qué idioma (s) escribe el estudiante? \_\_\_\_\_

7. En su opinión, ¿qué tan bien el estudiante: entiende, habla, lee y escribe inglés? (incluidos los estudiantes de preescolar)

Entiende inglés: Muy bien \_\_\_\_\_ Solo un poco \_\_\_\_\_ De ningún modo \_\_\_\_\_

Habla inglés: Muy bien \_\_\_\_\_ Solo un poco \_\_\_\_\_ De ningún modo \_\_\_\_\_

Lee inglés: Muy bien \_\_\_\_\_ Solo un poco \_\_\_\_\_ De ningún modo \_\_\_\_\_

Escribe inglés: Muy bien \_\_\_\_\_ Solo un poco \_\_\_\_\_ De ningún modo \_\_\_\_\_

UPK Estudiante \_\_\_\_\_

UPK Estudiante \_\_\_\_\_

## PROCEDIMIENTOS Y REGLAMENTOS DE CONFIDENCIALIDAD

Este formulario se archivará en el registro permanente del estudiante como información confidencial. La información que se ha proporcionado en este formulario está protegida por el Reglamento de confidencialidad citado a continuación..

"La Ley de Derechos y Privacidad de la Educación Familiar (1974) prohíbe el acceso no autorizado a los registros de los estudiantes y la divulgación no autorizada de cualquier información de registros de los estudiantes identificable por el nombre del estudiante o el número de identificación del estudiante".

---

Para uso exclusivo del registradorStudent

ID _____	Prueba de residencia asegurada _____
Fecha de inicio _____	Comprobante de nacimiento _____
Escuela _____	Papeles de custodia _____
Grado _____	Custodia Única con Visitación _____
Homeroom _____	Declaración jurada de propietario / inquilino _____
	Declaración Jurada de Custodia _____
	Declaración jurada de los padres _____

Processed by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

<b>INFORMACIÓN DE SALUD</b>	Nombre del estudiante	Grado
<p>En caso de que no pueda ser contactado, autorizo al Distrito Escolar Central del Sur de Cayuga a brindar el tratamiento que sea necesario en una emergencia para la salud de mi hijo. Doy permiso al funcionario de la escuela a cargo para obtener los servicios de la ambulancia, servicio de rescate, médico de familia más registrado u otro médico más cercano si el mío no está disponible, para proporcionar la atención inmediata y necesaria. Este formulario se compartirá con el personal de instrucción apropiado, el departamento de transporte y los servicios de salud. También estará disponible en excursiones y en caso de emergencia se le dará al personal de emergencia.</p>		

Médico \_\_\_\_\_ Dentista \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿El niño tiene?:	Si	No		Si	No
Alergias	_____	_____	Erupción cutánea/eccema	_____	_____
Alergia a la picadura de abeja	_____	_____	Dolores de cabeza/lesions	_____	_____
Deficit de atención (ADD, ADHD)	_____	_____	Infecciones del oído	_____	_____
Medicación *	_____	_____	Tubos en las orejas	_____	_____
Dolores de estómago	_____	_____	Asma	_____	_____
Huesos rotos	_____	_____	Trastorno de la audición	_____	_____
Trastorno convulsivo	_____	_____	Trastorno de la visión	_____	_____
Diabetes	_____	_____	Gafas/Contactos	_____	_____
Problema de vejiga/intestino	_____	_____	Soplo cardíaco	_____	_____

Si respondió que sí a cualquiera de las preguntas anteriores, explique \_\_\_\_\_

Cirugía \_\_\_\_\_

Accidente/Lesion \_\_\_\_\_

\* Medicamento (nombre / dosis / frecuencia / médico / motivo del medicamento) \_\_\_\_\_

Ha tenido un niño (indique las fechas)

_____ Varicela	_____ Mononucleosis	_____ Neumonía
_____ Hepatitis	_____ Fiebre reumática	_____ Escarlatina

¿El niño ha contraído con frecuencia (más de 4 o 5 veces al año)?

_____ Dolor de garganta / infecciones por estreptococos	_____ Dolores de cabeza/dolor de estómago
_____ Dolores de oído/infecciones del oído	_____ Erupciones cutáneas/eccema

¿Hay algún problema médico NUEVO? \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado su hijo algún trastorno emocional significativo sobre el cual el personal de la escuela debe estar informado (por ejemplo, divorcio reciente, muerte, etc.)? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor \_\_\_\_\_

La Ley de Educación del Estado de Nueva York exige que los distritos escolares tengan en el archivo instrucciones firmadas para emergencias de padres / tutores.

Doy fe de que la información completada por mí en este formulario es actual, verdadera y precisa.

\_\_\_\_\_  
 Firma Relación Fecha

SI EN CUALQUIER MOMENTO LA INFORMACIÓN SOBRE CAMBIOS, POR FAVOR NOTIFICAR A LA OFICINA DE SALUD LO ANTES POSIBLES.