

Distrito Escolar Central de Carmel

Inscripción de nuevo estudiante

Nuestras escuelas:

Carmel High School

George Fischer Middle School

Kent Elementary School

Kent Primary School

Matthew Paterson Elementary School





DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE CARMEL

¡Bienvenidos al Distrito Escolar Central de Carmel!

Como sistema de escuelas públicas, recibimos a todos los estudiantes que residan dentro de los límites del Distrito Escolar Central de Carmel y que cumplan con los requisitos estatales de edad y salud. Nuestro distrito comprende una escuela secundaria, una escuela media y tres escuelas primarias. La asignación de estudiantes a nuestras escuelas primarias se basa en la zona de asistencia donde residen. Por favor, comuníquense con nuestro departamento de transporte al (845) 225-3200 si no conocieran con precisión la escuela primaria a la que fuera asignada su hijo/a en función de su domicilio residencial.

Si el inglés no es su primer idioma y necesitan asistencia para llevar a cabo la inscripción, comuníquense con nuestra Coordinadora de Difusión bilingüe, la Sra. Mariana Altavilla, quien podrá ayudarles a completar el paquete de inscripción o a responder cualquier pregunta. Pueden ponerse en contacto con la Sra. Mariana Altavilla a través de los siguientes medios:

Teléfono de la oficina: (845) 228-2300 ext. 506

Número de teléfono móvil: (845) 540-9094

Correo electrónico: maltavil@carmelschools.org

**Rogamos entiendan que no podemos atender a las familias que
concurran a los edificios escolares
sin una cita programada.**



DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE CARMEL

Joseph McGrath

Superintendente interino de escuelas

Estimados padres, madres o tutores del Distrito Escolar Central de Carmel:

Les damos la bienvenida a ustedes y a sus hijos al Distrito Escolar Central de Carmel. La experiencia de estos años memorables será emocionante y gratificante. Esperamos trabajar con ustedes en equipo para brindar apoyo al desarrollo social, emocional, intelectual, físico y estético de sus hijos.

En el sitio web del Departamento de Educación del Estado de Nueva York (NYSED, por sus siglas en inglés) podrán encontrar una Guía para Padres sobre Educación Especial, en la que se proporciona información a los padres, madres, tutores y a otros miembros de la familia sobre las leyes, regulaciones y políticas que afectan a los programas y servicios de educación especial. Sitio web del NYSED: <http://www.p12.nysed.gov/specialed/parentpubs.htm>

Guía en inglés: <http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/parentsguide.pdf>

Guía en español: <http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/SpanishParentGuide.pdf>

Si tienen preguntas sobre nuestro proceso de derivación y evaluación del Comité de Educación Especial (CSE, por sus siglas en inglés), pueden comunicarse con los presidentes de los Comités:

Srta. Gina Riggione*

Presidente del Comité de Educación Especial Preescolar
Comité de Educación Especial Preescolar - Grados K-6
845 878-2094, ext. 244
griggion@carmelschools.org

Sr. Edward LoPresti*

Presidente del Comité de Educación Especial - Grados 7-12
845 878-2094, ext. 249
eloprest@carmelschools.org

*Nota: En el caso de los estudiantes asignados fuera del distrito, su atención será compartida por ambos presidentes.

El personal del Distrito Escolar Central de Carmel ha confeccionado este paquete de inscripción que proporciona información básica y sugerencias que serán de utilidad para ustedes y sus hijos en el inicio del año escolar. Desde ya, mis mejores deseos para un año escolar exitoso.

Atentamente.

Joseph McGrath

Joseph McGrath
Superintendente interino de escuelas

Índice

Formularios que deben completar todos los estudiantes nuevos	4
Se deberá completar esta declaración jurada únicamente si el estudiante no reside con sus padres naturales.....	10
Estudiante no residente que se muda al Distrito	19
Formularios adicionales: Deben ser completados ÚNICAMENTE para la inscripción en el jardín de infantes .	41
Formularios Adicionales: Deben ser completados por los atletas de la escuela secundaria.....	45
Formularios adicionales: Solamente para los estudiantes de escuela secundaria	49

Funcionarios registradores del edificio

Edificio	Dirección	Oficina de registros del edificio
Carmel High School	30 Fair Street, Carmel, NY 10512	(845) 225-8441 x606
George Fischer Middle School	282 Fair Street, Carmel, NY 10512	(845) 228-2300 x530
Kent Elementary School	1091 Route 52, Carmel, NY 10512	(845) 225-5029 x302
Kent Primary School	1065 Route 52, Carmel, NY 10512	(845) 225-5025 x342
Matthew Paterson Elementary School	100 South Street, Patterson, NY 12563	(845) 878-3211 x272

Departamento de Transporte

Mike Klenotiz, Supervisor de Transporte	1099 Route 52, Carmel, NY 10512	(845) 225-3200
--	---------------------------------	----------------

Departamento de Servicios Alimentarios

Patrick Rodia, Director de Servicios Alimentarios	81 South Street, Patterson, NY 12563	(845) 878-2094 x255
--	--------------------------------------	---------------------

Deportes

Christopher Salumn, Director de Salud, Educación Física y Deportes	30 Fair Street, Carmel, NY 10512	(845) 225-8441 x460
---	----------------------------------	---------------------

Enfermeras escolares

Edificio	Enfermera	Información de contacto
Carmel High School	Stephanie Oster y Caroline Sullivan	(845) 226-8441 x423
George Fischer Middle School	Carol Burns y Nancy McCormack	(845) 228-2300 x514
Kent Elementary School	Lynn Annunziato	(845) 225-5029 x307
Kent Primary School	Dori Venezia	(845) 225-5025 x345
Matthew Paterson Elementary School	Vanessa Garcia	(845) 878-3211 x274

Formularios que deben completar todos los estudiantes nuevos

NOTA PARA LAS ESCUELAS/AGENCIAS DE EDUCACIÓN LOCALES: Por favor, ayuden a los estudiantes y a sus familias a completar este formulario. El formulario debe incluirse en la portada de los materiales de inscripción que el distrito distribuye a las familias. Evalúen incluir este formulario en el paquete de inscripción según cada caso, dado que, si un estudiante califica como residente de una vivienda temporal, **no estará obligado a presentar prueba de residencia** y otros documentos requeridos que pudieran formar parte del paquete de inscripción.

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE CARMEL CUESTIONARIO SOBRE VIVIENDA

Nombre del Distrito **Distrito Escolar Central de Carmel**

Nombre de la escuela: _____

Nombre del estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de nacimiento: ____/____/____ Grado: ____ N.º de identificación: ____
Mes Día Año (preescolar-12º grado) (opcional)

Dirección: _____ Teléfono: _____

La respuesta que usted brinde a continuación ayudará al distrito a determinar qué servicios usted o su hijo/a pueden recibir conforme la Ley McKinney-Vento. Los estudiantes que se encuentren protegidos en virtud de la Ley McKinney-Vento tendrán derecho a una inscripción inmediata en la escuela, incluso si no contaran con los documentos requeridos normalmente, tales como la prueba de residencia, los registros escolares, los registros de inmunización o el certificado de nacimiento. Los estudiantes protegidos conforme la Ley McKinney-Vento también tendrán derecho a un servicio de transporte gratuito y servicios de otra índole.

¿Dónde vive el(la) estudiante actualmente? (Seleccione un casillero)

- ☐ En un refugio
☐ Con otra familia u otra persona debido a la pérdida de la vivienda o como resultado de dificultades económicas (a veces conocido como “doubled-up”, en idioma inglés)
☐ En un hotel/motel
☐ En un automóvil, parque, autobús, tren o camping
☐ Otra situación de vida temporal (por favor, describa): _____
☐ En una vivienda permanente (por ejemplo, ser propietario, alquilar, arrendar o mantener un acuerdo de vivienda permanente con familiares/amigos)

Nombre en letra de imprenta del padre, madre o tutor, o estudiante (para jóvenes sin hogar no acompañados)

Firma del padre, madre o tutor, o estudiante (para jóvenes sin hogar no acompañados)

Fecha

Si se marca CUALQUIER OTRO casillero que no sea “En una vivienda permanente”, no se requerirá prueba de residencia y otros documentos normalmente necesarios para la inscripción y el estudiante deberá ser inscrito inmediatamente. Luego de que el estudiante haya sido inscrito, el distrito/la escuela deberá comunicarse con el distrito/la escuela anterior para solicitar los registros académicos del estudiante, incluidos los registros de inmunización. Además, el coordinador de la Agencia de Educación Local del distrito de inscripción deberá ayudar al estudiante a obtener cualquier otro documento necesario o vacunas.

NOTA PARA LAS ESCUELAS/AGENCIAS DE EDUCACIÓN LOCALES: Si el(la) estudiante **NO** residiera en una vivienda permanente, se deberá completar un Formulario de designación.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Fecha de ingreso al grado/a la escuela: ____ / ____ / ____

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Apellido del(la) estudiante: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Nombre: _____ Nombre preferido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____
MM DD AAAA Lugar de nacimiento (Ciudad/Estado) País de nacimiento Nombre de soltera de la madre: _____
si corresponde

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino Identidad de género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario
Pronombre preferido: ☐ He/Him/His ☐ She/Her/Hers ☐ They/Them/Theirs ☐ Ze/Zir/Zirs ☐ Ze/Hir/Hirs Nivel de grado: _____

Idioma que se habla en el hogar: _____ 1^{ra} fecha de ingreso a una escuela en EE. UU.: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA ESCUELA ANTERIOR

Nombre de la escuela a la que asistió anteriormente: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA IDENTIDAD RACIAL Y ÉTNICA DEL ESTUDIANTE: La política del Distrito Escolar Central de Carmel exige la recopilación y registro de la identidad étnica de los estudiantes en el Distrito Escolar Central de Carmel de acuerdo con las categorías y definiciones federales. La información se utilizará para reportar información a los Departamentos de Educación a nivel estatal y federal, para planificar programas educativos y garantizar que estos se encuentren fácilmente disponibles para todos los estudiantes, para estudiar el movimiento de los estudiantes en diferentes grupos étnicos a medida que cambian de escuela y para analizar las diferencias en el rendimiento académico, la asistencia y la finalización de la escuela.

¿El(la) estudiante es hispano(a), latino(a) o de origen español? Hispano, latino o de origen español significa una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centroamericano o sudamericano, u otra cultura u origen español.

☐ Sí – Hispano(a) ☐ NO – No hispano(a)

Para determinados programas federales y estatales, el distrito debe reportar el grupo racial estudiantil. Seleccione **una o más** razas de los cinco grupos raciales:

☐ BLANCA: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, incluida España, el norte de África o el Medio Oriente.

☐ NEGRA: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

☐ NATIVA DE HAWÁI U OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

☐ ASIÁTICA: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, lo cual incluye, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

☐ INDIO NATIVO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluida América Central), y que mantiene afiliaciones o lazos tribales. Por ejemplo, Cherokee, Mohawk, Inuit, Mayan, Inca (pero esta lista no es taxativa).

ESTADO DE RESIDENCIA DEL(LA) ESTUDIANTE: Este cuestionario tiene por fin abordar el contenido de la Ley McKinney-Vento, 42 U.S.C. 11435. Las respuestas a estas preguntas sobre residencia ayudarán a determinar los servicios para los cuales el estudiante podría calificar.

El(la) estudiante vive con: ☐ Sus padres (con padre y madre) ☐ Sus abuelos
☐ Su padre ☐ Sus padres adoptivos
☐ Su madre ☐ Otros
☐ Su padrastro/madrastra

¿Su dirección actual es un acuerdo de vivienda temporal? ☐ Sí ☐ No

¿Este acuerdo temporal se debe a la pérdida de vivienda o a dificultades económicas? ☐ Sí ☐ No

Si ha respondido SÍ a las preguntas anteriores, responda la siguiente pregunta. Si ha respondido NO, puede omitir la siguiente pregunta.

¿Dónde reside el(la) estudiante actualmente? ☐ En un motel ☐ Se muda de un lugar a otro
☐ En un refugio ☐ En un lugar no diseñado como alojamiento común para dormir, tal como un automóvil, un parque o un campamento.
☐ Con más de una familia en una casa o apartamento

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL (LA) ESTUDIANTE			
Dirección postal: _____		Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono del hogar: (____) ____ - _____			
Dirección física (si fuera diferente): _____		Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____
Dirección anterior: _____		Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____
INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE (complete los datos de la dirección únicamente si fueran diferentes a los indicados arriba)			
Nombre de la madre: _____		Initial del segundo nombre: _____	Apellido: _____
Idioma de la correspondencia: _____	Dirección de correo electrónico: _____		
Ocupación: _____	Educación: _____		
Estado o provincia de nacimiento: _____	País de nacimiento: _____		
LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE UTILIZARÁ PARA LAS COMUNICACIONES ESCOLARES. DEBERÁ COMPLETAR ESTA SECCIÓN ÚNICAMENTE SI LA INFORMACIÓN REQUERIDA FUERA DIFERENTE DE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL(LA) ESTUDIANTE:			
Dirección (si fuera diferente a la información indicada arriba): _____		Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono del hogar: (____) ____ - _____	Teléfono laboral: (____) ____ - _____	Teléfono móvil: (____) ____ - _____	
¿Se debe enviar la correspondencia escolar y los informes a esta dirección?		☐ Sí	☐ No
¿Qué número de teléfono debería utilizarse para las comunicaciones sobre asistencia y cualquier otra temática escolar?		☐ Hogar	☐ Laboral ☐ Móvil
INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE (complete los datos de la dirección únicamente si fueran diferentes a los indicados arriba)			
Nombre del padre: _____		Initial del segundo nombre: _____	Apellido: _____
Idioma de la correspondencia: _____	Dirección de correo electrónico: _____		
Ocupación: _____	Educación: _____		
Estado o provincia de nacimiento: _____	País de nacimiento: _____		
LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE UTILIZARÁ PARA LAS COMUNICACIONES ESCOLARES. DEBERÁ COMPLETAR ESTA SECCIÓN ÚNICAMENTE SI LA INFORMACIÓN REQUERIDA FUERA DIFERENTE DE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL(LA) ESTUDIANTE:			
Dirección (si fuera diferente a la información indicada arriba): _____		Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono del hogar: (____) ____ - _____	Teléfono laboral: (____) ____ - _____	Teléfono móvil: (____) ____ - _____	
¿Se debería enviar la correspondencia escolar y los informes a esta dirección?		☐ Sí	☐ No
¿Qué número de teléfono debería utilizarse para las comunicaciones sobre asistencia y cualquier otra temática escolar?		☐ Hogar	☐ Laboral ☐ Móvil
TUTOR O CUALQUIER OTRO VÍNCULO			
Nombre del tutor: _____		Initial del segundo nombre: _____	Apellido: _____
Idioma de la correspondencia: _____	Dirección de correo electrónico: _____		
Ocupación: _____	Educación: _____		
Estado o provincia de nacimiento: _____	País de nacimiento: _____		
LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE UTILIZARÁ PARA LAS COMUNICACIONES ESCOLARES. DEBERÁ COMPLETAR ESTA SECCIÓN ÚNICAMENTE SI LA INFORMACIÓN REQUERIDA FUERA DIFERENTE DE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ESTUDIANTE:			
Dirección actual: _____		Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono del hogar: (____) ____ - _____	Teléfono laboral: (____) ____ - _____	Teléfono móvil: (____) ____ - _____	
¿Se debería enviar la correspondencia escolar y los informes a esta dirección?		☐ Sí	☐ No
¿Qué número de teléfono debería utilizarse para las comunicaciones sobre asistencia y cualquier otra temática escolar?		☐ Hogar	☐ Laboral ☐ Móvil

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN SOBRE LOS HERMANOS (Por favor, indique todos los demás hermanos que asistan a la escuela en el Distrito Escolar Central de Carmel)

Nombre	Vínculo	Fecha de nacimiento	Escuela actual	Grado
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia N.º 1: _____ Teléfono 1: (____) ____ - _____ Teléfono móvil 1: (____) ____ - ____

Nombre del contacto de emergencia N.º 2: _____ Teléfono 2: (____) ____ - _____ Teléfono móvil 2: (____) ____ - ____

Nombre del médico de cabecera: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

INFORMACIÓN LEGAL (si corresponde)

¿Existe en vigor un plan de custodia conjunta o de crianza? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, los documentos legales deberán permanecer archivados en la escuela para garantizar exigibilidad

¿Existe en vigor una orden de restricción? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, los documentos legales deberán estar archivados en la escuela para garantizar exigibilidad

La orden de restricción fue emitida en contra de: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Otro

OTRA INFORMACIÓN PERTINENTE (si corresponde)

¿Su hijo/a participa en un Programa Educativo Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés)?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo/a tiene un plan 504?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo/a ha participado alguna vez en un programa para niños dotados?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo/a ha sido suspendido/expulsado de la escuela?	☐ Sí	☐ No
¿Es su hijo/a un estudiante de transferencia ajeno al distrito?	☐ Sí	☐ No
En la escuela anterior, ¿su hijo/a recibió alguna vez comida gratis/reducida?	☐ Sí	☐ No
Usted tiene la intención de inscribir a su estudiante en:	☐ Una escuela privada	☐ El Distrito Escolar Central de Carmel ☐ Un sistema de educación en el hogar
¿Su hijo/a tiene alguna alergia?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo/a toma algún medicamento?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo/a tiene alguna discapacidad física?	☐ Sí	☐ No

Toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa. Entiendo que tengo la obligación de notificar a la escuela si se diera algún cambio en la información.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha de firma: _____

EXCLUSIVO PARA USO POR PARTE DE LA OFICINA

	Sí	No	No aplica	Verificado por	Fecha
Prueba de edad/Certificado de nacimiento:	☐	☐	☐		
Prueba de residencia (se requieren 2 pruebas):	☐	☐	☐		
Se completó el formulario de registro de información de salud:	☐	☐	☐		
Se presentaron los registros de inmunización:	☐	☐	☐		
Se presentó el formulario de cuidado de niño en acogida:	☐	☐	☐		
Documentos legales de custodia conjunta o plan de crianza:	☐	☐	☐		
Documentos legales de orden de restricción:	☐	☐	☐		

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo	
8.	Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela _____
9.	¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos. Sí* No No se sabe ☐ ☐ ☐ * En caso afirmativo, por favor explique: _____ ¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? ☐ Poca gravedad ☐ Algo grave ☐ Muy grave
10a.	¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? ☐ No ☐ Sí* *Por favor, llene 10b.
10b.	*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial? ☐ No ☐ Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____ Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables): ☐ De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) ☐ 3 a 5 años (Educación Especial) ☐ 6 años o mayor (Educación Especial)
10c.	¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (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? _____

Firma de un padre o de la persona en relación paternal

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

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:	

Se deberá completar esta declaración jurada únicamente si el(la) estudiante no reside con sus padres naturales

DECLARACIÓN JURADA DE LOS PADRES



ESTADO DE NUEVA YORK)
) a saber:
CONDADO DE Putnam)

_____, luego de prestar debido juramento, declara y manifiesta lo siguiente:
(Nombre del padre/de la madre)

- 1. Yo soy el/la _____ de _____
(Vínculo con el(la) estudiante) (Nombre del(la) estudiante)
- 2. Resido en _____
(Dirección del padre/de la madre)
- 3. Declaración de los motivos por los que el niño/la niña no vive con el padre/la madre.

- 4. Declaración del nombre de la persona que tiene la custodia y el control del niño/de la niña.

- 5. Declaración de la dirección actual del niño/de la niña y sus condiciones de vivienda.

- 6. Declaración sobre la duración de las condiciones de vivienda; es decir, permanentes, indefinidas, con finalización en una fecha específica, y/o a partir de una determinada acción/evento, etc.

7. Declaración sobre cualquier otro(s) lugar(es) donde resida el niño/la niña. Especifique la cantidad de tiempo que el niño/la niña pasa en la otra dirección y proporcione una explicación. Si el niño/la niña no vive en ninguna otra dirección, indíquelo.

8. Si corresponde, se deberá emitir una declaración que certifique que el padre/la madre ha cedido la custodia y el control del niño/de la niña a un tutor. Esto incluye el derecho a tomar decisiones relacionadas con su salud, bienestar y educación.

9. ¿Es usted el padre/la madre que tiene la custodia del niño/de la niña? _____

10. ¿Ambos padres viven juntos? _____

Si la respuesta es negativa, indique dirección de la madre: _____

Dirección del padre: _____

11. ¿Declarará a este hijo/a para obtener una deducción de impuestos? _____

12. ¿Proporcionará a este niño/a alimentos, ropa y otras necesidades, o le proporcionará dinero para todo ello al tutor del niño/a? _____

13. Declaración sobre la persona que asumirá la plena responsabilidad de todos los asuntos relacionados con la educación y la atención médica del niño/de la niña.

14. ¿Usted proporciona seguro médico para su hijo/a? _____

15. Declaración sobre cualquier otro hecho relevante.

Si usted ha cedido el cuidado, la custodia y el control de su hijo/a a otra persona, por favor complete los puntos i, ii e iii. De lo contrario, complete solamente los puntos ii e iii:

- i. Yo, _____, *comprendo que, al firmar esta declaración jurada, declaro bajo juramento que he renunciado al cuidado, la custodia y el control de mi hijo/a, _____, lo cual incluye el derecho a tomar decisiones relacionadas con su salud, bienestar y educación.*
- ii. Yo, _____, *entiendo además que esta declaración se hace bajo juramento; que las declaraciones e información contenidas en este documento o adjuntas al mismo son verdaderas; que la Junta de Educación del Distrito Escolar Central de Carmel se basará en tales datos; y que cualquier declaración errónea podría tener como consecuencia la imposición de cargos penales contra la persona cuya firma figura en el presente documento.*
- iii. Yo, _____, *asimismo entiendo que cualquier declaración errónea contenida en esta declaración jurada puede conllevar el pago, bajo mi responsabilidad, de todos y cada uno de los costos de matrícula adeudados en relación con la asistencia de mi hijo/a, _____, a las escuelas del Distrito Escolar Central de Carmel.*

Firma del padre/de la madre

Se prestó juramento ante mí

a los ____ días del mes de _____ de 20 ____

Notario Público

Se deberá completar esta declaración jurada únicamente si el estudiante no reside con sus padres naturales



DECLARACIÓN JURADA SOBRE CUSTODIA

ESTADO DE NUEVA YORK)
) a saber:
CONDADO DE Putnam)

_____, luego de prestar debido juramento, declara y manifiesta lo siguiente:
(Nombre del padre/de la madre)

1. Yo soy el/la _____ de _____ y el/ella
(Vínculo con el(la) estudiante) (Nombre del o la estudiante)
ha estado viviendo conmigo desde _____
2. Resido en _____
3. _____ tiene la intención de residir conmigo por _____
(Nombre del o la estudiante) (Duración de tiempo)
4. Declaración sobre la duración de las condiciones de vivienda [permanente, indefinida, a determinar luego de una fecha, acción o evento específico].

5. Declaración de los motivos por los que el niño/la niña reside con el tutor.

6. Declaración sobre cualquier otro(s) lugar(es) donde resida el niño/la niña. Especifique la cantidad de tiempo que el niño/la niña pasa en la otra dirección y proporcione una explicación. Si el niño/la niña no vive en ninguna otra dirección, indíquelo.

7. Declaración sobre quién proporciona al niño/a la niña alimentos, ropa, cobertura médica y todas las demás necesidades.

-
8. Declaración de custodia mediante la cual se asume la plena responsabilidad, incluida la responsabilidad financiera, respecto de todos los asuntos relacionados con la educación y la atención médica del niño/de la niña.

9. Declaración sobre cualquier otro hecho relevante.

10. Declaración de custodia en la que se acepta el cuidado permanente, la custodia y el control integrales del niño/de la niña.

Si usted ha asumido el cuidado, la custodia y el control del niño/de la niña, por favor complete los puntos i, ii e iii. De lo contrario, complete solamente los puntos ii e iii:

- i. Yo, _____, *comprendo que, al firmar esta declaración jurada, declaro bajo juramento que he asumido el cuidado, la custodia y el control del niño/de la niña, _____, lo cual incluye el derecho a tomar decisiones relacionadas con su salud, bienestar y educación.*
- ii. Yo, _____, *entiendo además que esta declaración se hace bajo juramento; que las declaraciones e información contenidas en este documento o adjuntas al mismo son verdaderas; que la Junta de Educación del Distrito Escolar Central de Carmel se basará en tales datos; y que cualquier declaración errónea podría tener como consecuencia la imposición de cargos penales contra la persona cuya firma figura en el presente documento.*
- iii. Yo, _____, *asimismo entiendo que cualquier declaración errónea contenida en esta declaración jurada puede conllevar el pago, bajo mi responsabilidad, de todos y cada uno de los costos de matrícula adeudados en relación con la asistencia de _____ a las escuelas del Distrito Escolar Central de Carmel.*

Se prestó juramento ante mí

a los ____ días del mes de _____ de 20 ____.

NOTARIO PÚBLICO

FIRMA DEL TUTOR

DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA

Sus respuestas a estas preguntas se emitirán bajo pena de perjurio a los efectos de que el Distrito Escolar Central de Carmel registre al estudiante que se cita a continuación como residente del distrito escolar. Toda declaración falsa podrá conllevar posibles sanciones civiles y penales.

Este cuestionario puede ser completado por el padre o la madre del(la) estudiante o por la persona con la que resida el(la) estudiante y que se encuentre a cargo de su cuidado, custodia y control.

1. ¿Cuál es su nombre? _____
2. ¿Es usted residente del Distrito Escolar Central de Carmel? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Cuál es su dirección? _____

4. ¿Reside de forma permanente en esta dirección? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Durante cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? _____
6. Si no reside de forma permanente en la dirección indicada arriba, ¿cuál es su dirección permanente?

7. ¿Cuándo tiene la intención de volver a su dirección permanente? _____
MM/DD/AAAA(mes/día-año)
8. ¿Cuál es el nombre del estudiante que desea inscribir? _____
9. ¿Cuál es la edad del(la) estudiante? _____
10. ¿Cuál es su vínculo con el(la) estudiante? ☐ Padre ☐ Madre ☐ Otro: _____
11. ¿Se encuentra usted a cargo del cuidado, la custodia y el control permanentes respecto del(la) estudiante?
☐ Sí ☐ No
12. Si su respuesta a la pregunta anterior fue "No", indique el motivo por el cual no se encuentra a cargo del cuidado, la custodia y el control del(la) estudiante de forma permanente:

13. ¿El(la) estudiante reside con alguien más? ☐ Sí ☐ No
14. Si su respuesta a la pregunta anterior fue "Sí", ¿con quién más reside el(la) estudiante y en qué carácter?

Por la presente, declaro que las respuestas anteriores son verdaderas bajo pena de perjurio.

Firma: _____

Fecha: _____
MM/DD/AAAA(mes-día-año)



DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE CARMEL

Declaración jurada de inquilino

- ☐ Alquiler; Inquilino principal
- ☐ Sin alquiler; Inquilino principal

Duración del alquiler:

- ☐ Mensual
- ☐ 60 días
- ☐ 90 días
- ☐ Un (1) año o más

El alquiler finaliza en la siguiente fecha:

Soy el(la) inquilino(a) de la propiedad ubicada dentro del Distrito Escolar Central de Carmel que se describe a continuación:

Nombre del(la) inquilino(a):
Dirección de la propiedad:

Certifico que la información proporcionada en esta Declaración Jurada es verdadera y correcta y que las declaraciones emitidas en la presente se hicieron bajo pena de perjurio, con el conocimiento de que el Distrito Escolar Central de Carmel se basará en los datos proporcionados para decidir si el niño/la niña nombrada a continuación será admitido en su sistema escolar. Entiendo que, si se determinara que toda o parte de la información contenida en esta Declaración Jurada es inexacta o falsa, el distrito podrá iniciar acciones legales en mi contra para cobrar la tarifa anual de matrícula escolar en forma retroactiva al primer día de admisión de tal niño/a y/o iniciar una acción penal en mi contra debido a la presentación de un documento falso. Si el(la) estudiante no calificara legalmente para recibir educación gratuita por parte del Distrito, la matrícula podrá superar los \$48,000 por niño(a) y por año. El distrito se reserva el derecho de investigar la residencia de cualquier estudiante por cualquier medio legal disponible, lo cual incluye, de manera no taxativa, los registros públicos, las visitas al sitio, y otros métodos legales de investigación.

Se adjunta una copia de las tarifas de matrícula del distrito.

Ocupantes de la propiedad - Las siguientes personas viven en la propiedad:	
1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
Nombre(s) del/de los estudiantes que asistirá(n) a las escuelas de Carmel	
Nombre del o la estudiante:	Edificio
1.	2.
3.	4.
5.	6.

Mi situación de vivienda actual es: **A** **B** **C**

Pruebas de residencia		
	Tipo de documento	Se requiere prueba de alquiler y/o declaración jurada(s)
A	Alquiler; inquilino principal y único	Declaración jurada del inquilino
B	Sin alquiler; inquilino principal y único	Declaración jurada del inquilino
C	Sin alquiler; pago en efectivo	Declaración jurada del inquilino, recibo en efectivo fechado dentro de los 30 días
Además, se deberá presentar una (1) de las siguientes pruebas:		
	Una (1) factura de servicios públicos u otra factura a su nombre que muestre la dirección, con una antigüedad no superior a los 60 días	Talón de pago que muestre la dirección, de fecha no anterior a los 60 días
	Identificación estatal o cualquier otro documento de identidad emitido por el gobierno	Formularios de impuestos a las ganancias que muestren su dirección
	Póliza de seguro del inquilino	Documentos de membresía basados en la residencia, como una tarjeta de la biblioteca local
	Documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales	Tarjeta de registro de votantes
	Licencia de conducir, o permiso, o identificación sin licencia de conducir con dirección	Documentos de custodia o tutela

Mi situación de vida actual es: **A** **B** **C**

Tenga en cuenta que se solicitarán actualizaciones periódicas sobre los alquileres.

Nombre del propietario o propietaria de la residencia:

Nota: El requisito de firma a continuación y de notarización se aplican a todas las secciones de esta Declaración Jurada de 2 páginas. No se aceptará este documento sin las firmas requeridas.

Entiendo que cualquier declaración falsa emitida en este documento será punible como un delito menor de Clase “A” de conformidad con la Sección 210.45 de la legislación penal del Estado de Nueva York y podrá ser remitida a la Oficina del Fiscal de distrito.

Nombre del inquilino o inquilina (en letra de imprenta)

Fecha:

Firma del inquilino o inquilina

Fecha:

Se prestó juramento ante mí

a los _____ días del mes de _____ de 20__

Notario Público

Se deberá completar este formulario únicamente cuando se resida con familiares/amigos y no exista un contrato de alquiler. Se requieren dos pruebas de residencia.

DECLARACIÓN DE RESIDENCIA DE TERCEROS



Yo, _____
(Nombre del familiar/amigo)

que resido en _____
(Dirección del familiar/amigo)

presento esta declaración de residencia ante el Distrito Escolar Central de Carmel a los efectos de verificar personalmente la residencia de los siguientes padres/tutores:

Padre/madre/tutor 1:
Padre/madre/tutor 2:

y el nombre de su(s) hijo(s):

Nombre del o la estudiante	Edificio escolar

quien(es) actualmente reside(n) conmigo en

(Dirección)

Ellos residen en la dirección anterior desde: _____ (mes/día/año)

¿Cuánto tiempo residirán las personas citadas arriba en su hogar? _____

Tengo conocimiento de primera mano de su residencia actual porque:

--

La falsificación de cualquier información proporcionada en este documento se interpretará como una acción fraudulenta y, por ende, se iniciarán acciones legales tendientes a obtener remedios civiles y penales. Además, el Distrito se reserva el derecho de cobrar la matrícula a los padres o tutores del(la) estudiante en el caso de que se determine que él-ella no tiene derecho a asistir a las escuelas del Distrito de manera gratuita.

Firma

Fecha

Estudiante no residente que se muda al Distrito



DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE CARMEL

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTE NO RESIDENTE

Fecha de hoy: _____

Fecha de cierre: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Dirección actual (fuera del Distrito Escolar Central de Carmel):	<u>Para uso exclusivo del funcionario registrador:</u> ☐ Contrato recibido ☐ Carta de abogado recibida <u>Recibido después del cierre:</u> ☐ Declaración de hipoteca ☐ Prueba de 2° residencia
Dirección prevista (dentro del Distrito Escolar Central de Carmel):	
Número de teléfono:	

Nombre del niño/de la niña:	Grado de ingreso	Edificio

Política de la Junta N.º 5152 - Admisión de estudiantes no residentes

Futuros residentes

Los padres o tutores de niños en edad escolar que tengan planificado mudarse al distrito escolar durante las primeras diez (10) semanas del año escolar podrán inscribir a sus hijos en el distrito, siempre y cuando la escuela no haya excedido su cupo, conforme las siguientes condiciones:

1. El distrito no proporcionará el transporte.
2. No se cobrará ningún cargo de matrícula por las primeras 10 semanas de escuela si la familia se muda a una vivienda del distrito durante este tiempo.
3. Si la familia no ha tomado posesión de tal vivienda al finalizar el período de 10 semanas, se cobrará la matrícula retroactivamente a la fecha de inscripción. La tarifa actual de matrícula se facturará al/al padre(s) o tutor(s) de forma trimestral. El/los estudiante(s) podrá(n) permanecer inscrito(s) como estudiante(s) no residente(s) por un período de 20 semanas. Si la familia no fijó su residencia en el distrito al finalizar este plazo, el estudiante no se podrá inscribir para los posteriores períodos escolares hasta que se establezca el domicilio correspondiente.

Firma del padre/madre/tutor: _____

Consulte la siguiente página para conocer las tarifas de matrícula.

Tarifas de matrícula **para los estudiantes no residentes**

	Tarifas de matrícula actuales: 2022-2023	Tarifas de matrícula estimadas: 2023-2024
Grados K-6	\$16,704.00	Aún no se encuentran disponibles
De 7 ^{mo} a 12 ^{do} grado	\$21,781.00	Aún no se encuentran disponibles
Estudiantes con discapacidades		
Grados K-6	\$49,893.00	Aún no se encuentran disponibles
De 7 ^{to} a 12 ^{do} grado	\$54,970.00	Aún no se encuentran disponibles



SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS

Escuela actual: _____

Dirección de la escuela: _____

Nombre de contacto: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono de la escuela actual: _____ Fax de la escuela actual: _____

Las Regulaciones FERPA permiten a las escuelas divulgar registros, sin consentimiento, a los funcionarios escolares con interés educativo legítimo y pertenecientes a la institución adonde se transferirá el(la) estudiante.

El/Los estudiante(s) citado(s) a continuación ha(n) solicitado la admisión al Distrito Escolar Central de Carmel. Mediante la presente, se solicita el envío de la siguiente documentación perteneciente al/a los estudiante(s): registros académicos, expedientes no oficiales, libretas de calificaciones más recientes, resultados de las pruebas estandarizadas, calificaciones de los laboratorios de ciencia (si corresponde), certificado de nacimiento, información de salud (inmunizaciones y examen físico más recientes), documentos de custodia, órdenes de protección, registros de disciplina, plan IEP/504, evaluaciones/pruebas (si corresponde) y/o cualquier otra información pertinente, tales como las evaluaciones psicológicas, etc.

Nombre del o la estudiante: _____ Grado actual: _____

Nombre del o la estudiante: _____ Grado actual: _____

Nombre del o la estudiante: _____ Grado actual: _____

Por favor, envíe los registros a la siguiente institución: Verifique la escuela a la que asistirá su hijo/a a continuación.

☐ KENT ELEMENTARY SCHOOL 1091 Route 52 Carmel, NY 10512 T: (845) 225 – 5029 x302 F: (845) 225 – 1849 Silvana Modugno smodugno@carmelschools.org	☐ KENT PRIMARY SCHOOL 1065 Route 52 Carmel, NY 10512 T: (845) 225 – 5025 x342 F: (845) 228 – 4824 Antoinette Bao abao@carmelschools.org	☐ MATTHEW PATERSON ELEMENTARY SCHOOL 100 South Street Patterson, NY 12563 T: (845) 878 – 3211 x272 F: (845) 878 – 3964 Becky Kiechle bkiechle@carmelschools.org
--	--	--

☐ CARMEL HIGH SHOOOL 30 Fair Street Carmel, NY 10512 T: (845) 225 – 8441 x606 F: (845) 228 – 2307 Kristen Vinciguerra kvincigu@carmelschools.org	☐ GEORGE FISCHER MIDDLE SCHOOL 281 Fair Street Carmel, NY 10512 T: (845) 228 – 2300 x530 F: (845) 228 – 2321 Anne Marie Pagnotta apagnott@carmelschools.org
---	--





PROCEDIMIENTOS DE TRANSPORTE

Estimados padres:

¡Bienvenidos al Distrito Escolar Central de Carmel! Tenemos el honor de transportar a su hijo/a hacia y desde la escuela durante todo este año. Estamos muy orgullosos del historial de seguridad de nuestros autobuses escolares y del profesionalismo de nuestro equipo de transporte.

Le solicitamos su colaboración para garantizar la seguridad de su hijo/a a través de estos procedimientos simples pero importantes:

- Proporcione a su hijo/a una mochila o una bolsa de libros. Los papeles u otros artículos sueltos representan un peligro cuando los niños descienden del autobús.
- Revise la ropa y la mochila de su hijo/a en busca de cordones largos y otros artículos colgantes. Estos artículos podrían quedar atrapados en la puerta del autobús cuando su hijo/a se baje del vehículo. Su remoción ayudará a garantizar la seguridad del niño/a.
- Asegúrese de que su hijo/a llegue a la parada de autobús designada entre cinco a diez (5-10) minutos antes de la hora de recogida estipulada. Los niños que llegan tarde al autobús pueden entrar en pánico y perseguirlo o correr hacia la carretera.
- Insista en que su hijo/a espere el autobús de manera segura y ordenada, manteniéndose alejado de la carretera. Los problemas de conducta en la parada de autobús pueden generar condiciones peligrosas para los niños.
- Cuando llegue el autobús, su hijo/a deberá esperar la señal de mano del conductor del autobús antes de subir en una sola fila.
- Su hijo/a deberá permanecer sentado de forma tranquila durante el viaje hacia y desde la escuela. Los problemas de conducta pueden distraer al conductor del autobús y tener como consecuencia un accidente. Es importante que nuestros conductores puedan concentrarse para conducir en la carretera de forma segura. Si existiera algún factor que generara inseguridad en su hijo/a en la parada de autobús, o durante su viaje en autobús, por favor póngase en contacto con nosotros al (845) 225-3200 en lugar de intentar conversar acerca de ello en la parada de autobús.
- Por favor, lea con sus hijos la página siguiente donde figuran los consejos de seguridad para la “Zona de peligro”.

Nos encontramos profundamente comprometidos con la seguridad de su hijo/a y la de todos los niños de nuestra comunidad.

Gracias.

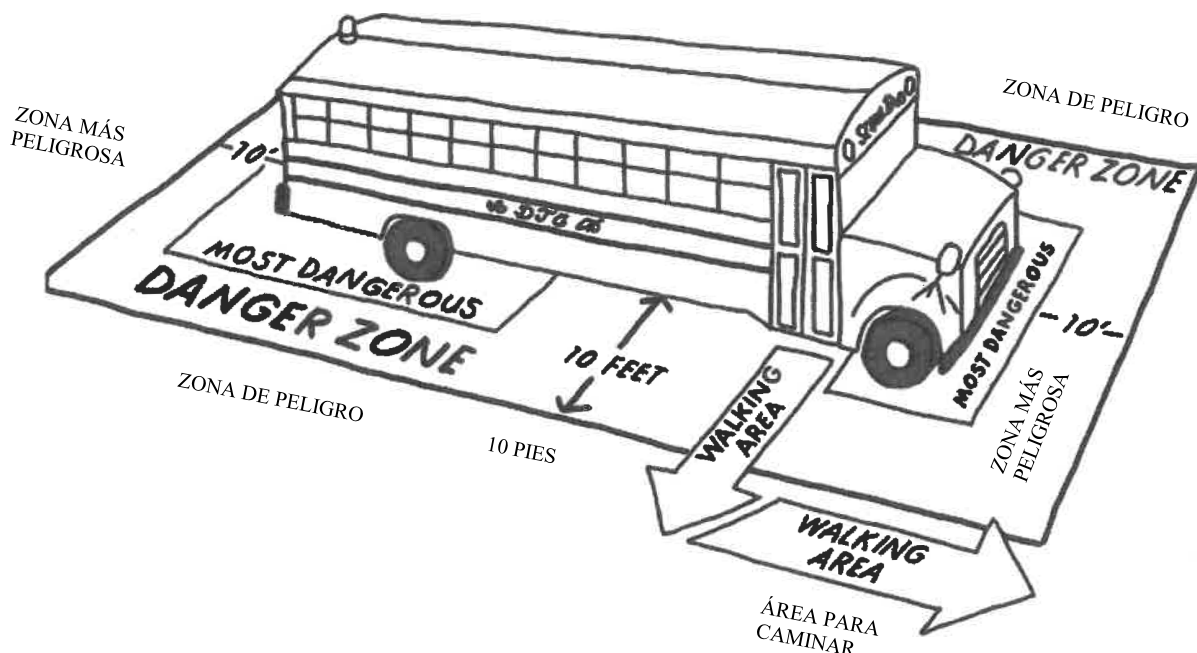
Michael Klenotiz

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE

CONSEJOS DE SEGURIDAD PARA LA ZONA DE PELIGRO

¿Qué es la “zona de peligro”? Es la zona que rodea al autobús y donde se dificulta ver a los niños. Queremos garantizar la seguridad de sus hijos al viajar hacia y desde la escuela. Por favor, solicitamos su colaboración con lo siguiente:

1. Si su hijo/a pierde el autobús en su parada regular, no siga el autobús hasta la siguiente parada y ni deje que su hijo camine o corra junto al autobús para subir. El conductor no puede ver a los estudiantes en la zona de peligro, especialmente si está oscuro, y posiblemente podría golpearlos al alejarse.
2. Lleve a su estudiante a la parada con anticipación (tiempo equivalente a 2 paradas antes de su parada) o llévelo directamente a la escuela.
3. Los niños deben permanecer por lo menos a 10 pies de distancia del autobús hasta que comiencen a ingresar. Los niños deben poder ver al conductor y el conductor a ellos.
4. Si los niños deben cruzar la calle para ingresar al autobús, deberán hacerlo a una distancia de 10 pies (cinco escalones gigantes) por delante del vehículo, donde puedan ver al conductor y el conductor verlos a ellos.
5. Advierta a los niños que, si se les cae algo, nunca deben recogerlo. En su lugar, deben avisar al conductor y seguir sus instrucciones. Si se agachan para recoger un objeto caído, es posible que no puedan ver al conductor y que se lastimen si el conductor se aleja de la parada.
6. Recuerde a los niños que miren hacia su derecha antes de descender del autobús. A veces, los conductores de automóviles, con prisa, intentan pasar al autobús por el lado derecho.
7. Enseñe a su hijo/a a ajustar los cordones sueltos y a asegurar cualquier otro objeto que pudiera quedar atrapado en el pasamanos o en la puerta del autobús al salir.





Solicitud de transporte: **CUIDADO INFANTIL**

Año escolar:

En cumplimiento con la Sección 3635.1.e de la Ley de Educación del Estado de Nueva York, los niños en los grados K a 8 podrán ser transportados entre la escuela a la cual el niño/la niña asiste legalmente hacia/desde sus lugares de cuidado infantil antes y/o después de la escuela bajo las siguientes condiciones:

1. Se debe presentar ante el Departamento de Transporte un formulario de *Solicitud de transporte* completado y firmado antes del 1.º de abril del año escolar anterior. Los nuevos residentes en el distrito deberán presentar su solicitud dentro de los 30 días posteriores a la inscripción.
2. El centro de cuidado infantil hacia/desde el cual se solicita transporte debe encontrarse dentro del distrito escolar y dentro de la zona de asistencia de la escuela a la que concurre el niño/la niña.

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Grado de ingreso:
Dirección particular completa:		
Nombre del padre/madre/tutor:	N.º de contacto:	
Nombre del contacto de emergencia:	N.º de contacto:	
UBICACIÓN PARA TRANSPORTE A.M.		
Ubicación de RECOGIDA en el centro de cuidado infantil:		
Nombre del proveedor:	N.º de contacto:	
Calles de intersección más cercanas:		
Escuela a la que asiste:		
UBICACIÓN PARA TRANSPORTE P.M.		
Ubicación de REGRESO al centro de cuidado infantil:		
Nombre del proveedor:	N.º de contacto:	
Calles de intersección más cercanas:		
Escuela a la que asiste:		

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Los formularios pueden ser presentados a través de los siguientes medios:

- Correo electrónico: transportation@carmelschools.org
- Fax: (845) 225-5585
- Correo electrónico: Departamento de Transporte del Distrito Escolar Central de Carmel, 1099 Route 52, Carmel, NY 10512



DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE CARMEL

Mike Klenotiz, *Supervisor de Transporte*

Solicitud de transporte: ESCUELA PRIVADA/PARROQUIAL

Año escolar:

Escuela privada/parroquial a la que asiste el(la) estudiante:

Dirección de la escuela:

En cumplimiento de la Sección 3635 de la Ley de Educación del Estado de Nueva York, todo padre/madre o tutor de un niño(a) que resida en el Distrito Escolar Central de Carmel y asista a una escuela no pública debe solicitar los servicios de transporte de la siguiente manera:

- Se debe presentar ante el Departamento de Transporte un formulario de *Solicitud de Transporte* completado y firmado antes del 1.º de abril del año escolar anterior. Los nuevos residentes en el distrito deberán presentar su solicitud dentro de los 30 días posteriores a la inscripción.

Nombre del(la) estudiante:

Fecha de nacimiento:

Grado de ingreso:

Dirección particular completa:

Calles de intersección más cercanas al hogar:

Nombre del padre/madre/tutor:

N.º de contacto:

Nombre del contacto de emergencia:

N.º de contacto:

Información de salud

(Esta información se mantendrá confidencial)

Por favor, indiquenos cualquier problema de salud que le gustaría informar:

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Los formularios pueden ser presentados a través de los siguientes medios:

- Correo electrónico: transportation@carmelschools.org
- Fax: (845) 225-5585
- Correo electrónico: Departamento de Transporte del Distrito Escolar Central de Carmel, 1099 Route 52, Carmel, NY 10512



INFORMACIÓN MÉDICA PARA LA OFICINA DE TRANSPORTE

Estimados padres/tutores:

El Distrito Escolar Central de Carmel se dedica a garantizar la seguridad de su hijo/a. A los efectos de poder proporcionar a nuestro Departamento de Transporte la información necesaria que ellos pudieran requerir en caso de que el niño/la niña tuviera una emergencia médica mientras viaja en el autobús escolar, le solicitamos que complete el formulario que figura a continuación.

Si su hijo/a tuviera una condición respecto de la cual le gustaría que el Departamento de Transporte estuviera al tanto, por favor complete este formulario y entréguelo a la Oficina de Enfermería de la escuela a la que asiste su hijo/a.

Estos formularios serán revisados por la enfermera de la escuela y luego se enviarán al Departamento de Transporte para que todo el personal de transporte necesario tenga conocimiento sobre las necesidades médicas de su hijo/a. Es importante mencionar que la información se preservará de forma segura en la Oficina del Departamento de Transporte y que se compartirá con las personas que conducen y/o supervisan los autobuses.

Nombre del(la) estudiante: _____

Escuela: _____

Grado: _____

Firma del padre/madre: _____

Fecha: _____

Información sobre su hijo/a que le gustaría hacer llegar al Departamento de Transporte:

Adjunte cualquier información adicional.

Atentamente.

Enfermeras del Distrito Escolar Central de Carmel



DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE CARMEL

Patrick Rodia

Director de Servicios Alimentarios

¡Bienvenidos a Carmel Central Schools!

Estimados padres o tutores:

Nos complace anunciar que todos los estudiantes inscritos en el Distrito Escolar Central de Carmel podrán recibir un desayuno y almuerzo GRATIS en la escuela a partir del 1 de diciembre de 2023.

Esta implementación es el resultado de que el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) amplió el acceso a la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP, por sus siglas en inglés) federal. El CEP permite que las escuelas elegibles que participan en los Programas Nacionales de Almuerzos Escolares y Desayunos Escolares ofrezcan comidas escolares sin costo alguno a todos los estudiantes.

¿Qué significa esto para su(s) hijo(s) que asiste(n) a la(s) escuela(s) identificada(s) anteriormente?

1. A partir del 1 de diciembre de 2023, los estudiantes inscritos en el Distrito Escolar Central de Carmel recibirán un desayuno y un almuerzo diarios sin costo alguno para su hogar.
2. Los bocadillos, las segundas comidas y las bebidas secundarias seguirán estando disponibles para su compra.

Para obtener más información, consulte nuestras [Preguntas frecuentes](#). Si tiene más preguntas, póngase en contacto con nosotros en carmelfoodservices@carmelschools.org.

Sinceramente

Patricio Rodia
Director de Servicios de Alimentos



Los niños necesitan comidas saludables para aprender. Carmel Central Schools ofrece comidas saludables todos los días escolares. El Distrito Escolar Central de Carmel ofrece desayuno y almuerzo GRATIS sin costo alguno a todos los estudiantes inscritos en nuestras escuelas.

Esta implementación es el resultado de que el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) amplió el acceso a la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP, por sus siglas en inglés) federal. El CEP permite que las escuelas elegibles que participan en los Programas Nacionales de Almuerzos Escolares y Desayunos Escolares ofrezcan comidas escolares sin costo alguno a todos los estudiantes.

Un almuerzo saludable siempre consta de cinco componentes: proteínas, granos, frutas, verduras y leche. Para que se considere una comida completa, los niños deben elegir al menos tres de estos componentes, incluida una fruta o una verdura. Un desayuno completo consta de cuatro componentes: dos cereales (plato principal), una taza de fruta/zumo o una verdura y una taza de leche. Los estudiantes deben elegir tres de los cuatro componentes ofrecidos, siendo uno de esos componentes una fruta/jugo o verdura.

Se ofrecen aperitivos y artículos a la carta (incluida la leche). Sin embargo, los estudiantes necesitarán dinero en efectivo o fondos en sus cuentas prepagadas para realizar estas compras. Además, solo el primer desayuno y el primer almuerzo del día son gratuitos. Un estudiante necesitaría dinero en efectivo o fondos en sus cuentas prepagadas para pagar un segundo desayuno o almuerzo.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nosotros en carmelfoodservices@carmelschools.org



DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE CARMEL

Patrick Rodia

Director de Servicios Alimentarios

SOLICITUD DE RESTRICCIONES EN LA CUENTA DE ALMUERZO

Con el fin de mejorar la eficiencia y la precisión de la línea de almuerzo, se están haciendo modificaciones en la parte de notas del perfil de almuerzo de su hijo/a. Si desea establecer restricciones en la cuenta de su hijo/a, puede elegir entre las siguientes opciones:

- 1-Almuerzo diario solamente
- 2-Compras no a la carta
- 3-Artículos a la carta permitidos los días _____ (especificar día de la semana)
- 4-No segunda comida
- 5-Segunda comida permitida los días _____ (especificar día de la semana)

Almuerzo diario	El almuerzo diario incluye lo siguiente: • Un plato principal (contiene 2 oz de proteína) • Dos porciones de fruta y/o verduras (una porción de fruta puede ser un jugo de 4 onzas) • Pan o panecillo • 8 oz de leche
Artículos a la carta	Las opciones de refrigerios varían según la escuela y según la edad. Sin embargo, los refrigerios comunes incluyen los siguientes: • Chips de papas horneadas • Bocadillos de fruta • Yogur • Queso en hebras • Galletitas • Helado • Bebidas especiales Si desea que su hijo compre un refrigerio una vez por semana, indique un día específico . No podemos controlar que se compre una cantidad limitada de artículos a la carta por día. Nuestro sistema informático no puede reconocer si se ha realizado una compra previa ese día.
Segunda comida	Los estudiantes con dinero en su cuenta o en efectivo pueden comprar un segundo plato principal.

Usted no tiene la obligación de enviar este formulario. Sin embargo, la ausencia de una nota será indicativa de que no existen limitaciones en la cuenta de su hijo/a y que se le permitirá comprar lo que el/ella elija. Es importante que usted converse con su hijo/a sobre cuándo y qué tipos de artículos se les permitirá comprar en la cafetería.

NOMBRE DEL(LA) ESTUDIANTE: _____ GRADO: _____

ESCUELA: _____ OPCIÓN: _____

FIRMA DE LOS PADRES: _____ FECHA: _____



Home Access Center Portal para padres

Home Access Center es un portal en línea diseñado para proporcionar a los padres y a los estudiantes acceso a información educativa relevante, como el trabajo en clase, las calificaciones y las libretas de calificaciones. También podrá encontrar información sobre el transporte y los casilleros escolares de su hijo/a.

A continuación, se muestra un resumen de la información disponible en el Home Access Center:

- Información sobre la inscripción de los estudiantes
- Información de contacto del tutor/padre/madre/contacto de emergencia
- Asistencia de los estudiantes
- Asignaciones y progreso de los estudiantes en la clase (únicamente disponible para la escuela media y secundaria)
- Libretas de calificaciones
- Horario de los estudiantes y asignaciones de los maestros
- Solicitud de curso para el próximo año (únicamente para la escuela secundaria)
- Contacto con los maestros a través del correo electrónico

El enlace al Home Access Center se encuentra en el sitio web del distrito en la siguiente sección: **Parents & Community > Parent Resources** (Padres y Comunidad > Recursos para Padres).

La oficina escolar de registro le proporcionará la información de inicio de sesión para usted y su hijo/a.

Si tiene dificultades para iniciar sesión en el Home Access Center, puede enviar un ticket de soporte técnico a través de <https://lhric.service-now.com/ess/> o ponerse en contacto con Denise Douchkoff (ddouchko@carmelschools.org); 845-878-2094 x282).

NOTAS DE LAS ENFERMERAS

Nuestro fin es proporcionar a sus hijos el ambiente más saludable y seguro posible en la escuela. Necesitamos de su ayuda en las siguientes áreas para lograr este objetivo.

EXÁMENES FÍSICOS:

A partir del año escolar 2018-2019, se requerirá un examen físico para los estudiantes de Kindergarten y de primero, tercero, quinto, séptimo, noveno y undécimo grados, así como a aquellos niños que sean nuevos en el distrito. Es preferible que su propio médico de cabecera lleve a cabo este examen médico ya que conoce mejor a su hijo/a. El médico de la escuela examinará automáticamente a aquellos estudiantes que no tengan el examen físico requerido conforme la Ley de Educación del Estado de Nueva York. La enfermera escolar verificará en la escuela el peso, la altura, la visión y la audición según lo regulado por las directrices del Estado de Nueva York. Los padres serán notificados de inmediato ante cualquier problema detectado durante un examen.

EXÁMENES FÍSICOS DEPORTIVOS (ÚNICAMENTE PARA DEPORTES INTERESCOLARES):

Si su hijo/a está interesado/a en participar en deportes interescolares para el Distrito Escolar Central de Carmel, nuestra política establece que su hijo/a deberá someterse a un "examen físico deportivo". El Dr. Henry Rojas lleva a cabo tales exámenes físicos de forma gratuita durante todo el verano y periódicamente durante todo el año escolar (generalmente justo antes de la temporada deportiva específica). Si su hijo/a se encuentra interesado/a, por favor indíquelo que se anote con la enfermera de su edificio escolar para que se pueda programar un examen físico deportivo. Si su hijo/a no aprovecha este servicio, usted deberá afrontar el importe de una consulta médica con el Dr. Rojas directamente en su oficina para que el niño/a pueda someterse a un examen de salud y así participar en un deporte interescolar. Se adjunta un formulario de examen físico para su comodidad. Para obtener más información sobre el procedimiento, comuníquese con la enfermera escolar del edificio específico de su hijo/a después de septiembre, o con el director deportivo, al (845) 225 – 8441 X462, durante el verano.

De 9^{no} a 12^{do} grado: (845) 225 – 8441 x 424

Para 7^{mo} y 8^{vo} grados: (845) 228 – 2300 x516

De 7^{mo} a 12^{do} grado durante el verano: Oficina de Deportes al (845) 225 - 8441 X462 o x460

INMUNIZACIONES:

Cuando inscriba a su hijo/a por primera vez, se le requerirá presentar el certificado de nacimiento del niño/a y un registro de sus inmunizaciones. El registro de inmunizaciones deberá incluir la fecha de todas las dosis, así como la firma del médico o el sello de la clínica. **Consulte el Programa de Requisitos de Inmunización del Estado de Nueva York para el ingreso/asistencia escolar.**

La prueba de inmunización debe presentarse a través de alguna de las siguientes modalidades:

1. Un certificado de inmunización firmado por su proveedor de atención médica
2. Informe del Registro de Inmunización (NYSIIS o CIR de la Ciudad de Nueva York) emitido por su proveedor de atención médica o el departamento de salud de su condado.
3. Un informe de laboratorio de análisis de sangre (título) que demuestre que su hijo/a es inmune a las enfermedades.
 - En el caso de la varicela (chickenpox), se puede presentar una nota de su proveedor de atención médica (MD, NP, PA) que haga constar que su hijo/a tuvo la enfermedad.

El Departamento de Salud Pública ofrece vacunas gratuitas todos los meses. Los padres deberán llamar al (845) 808-1332 para programar una cita y también deberán acompañar al niño/a a la clínica. Una vez que su hijo/a haya recibido las vacunas requeridas, deberá notificar a la enfermera escolar de forma correspondiente.

Usted inscribió a su hijo/a el día _____ El Estado de Nueva York brinda a los estudiantes un plazo de 14 días a partir de la fecha de inscripción para que proporcionen una prueba de inmunización. Si no se presenta una prueba al finalizar este plazo, su hijo/a podrá ser excluido/a de la escuela.

MEDICAMENTOS:

Si su hijo/a consumiera medicamentos de forma diaria, o necesitara ingerir un medicamento específico “cuando fuera necesario”, tal como el Tylenol, o un inhalador, el artículo 139 (Enfermería) de la Ley de Prácticas de Enfermería y las Disposiciones del Título VIII de la Ley Estatal de Educación establecen que “las enfermeras escolares, los directores y cualquier otro personal escolar no podrán dispensar medicamentos internos sin contar con la documentación adecuada”. Si un niño/a necesitara ingerir medicamentos durante el día, usted deberá presentar órdenes escritas por un médico y uno de los padres deberá firmar el “Formulario de autorización de medicamentos del Distrito Escolar Central de Carmel”. Se requerirá que alguno de los padres entregue dicho medicamento directamente a la enfermera escolar dentro de su envase original prescrito. Esto incluye a los medicamentos de venta libre como el Tylenol o los medicamentos para la tos.

SALUD ORAL:

El distrito solicitará un certificado de salud oral. Se adjunta al presente un certificado de ejemplo para que usted lo lleve al dentista de su hijo y sea completado por el profesional. Por favor, entregue el formulario completo a la enfermera escolar para que lo incluya en el legajo médico de su hijo/a.

FORMULARIO DE EMERGENCIA MÉDICA:

Al comienzo del año escolar, se les solicita a los padres que completen un formulario de emergencia que incluya los números de teléfono en donde se podrá contactar a cada padre/madre durante la jornada escolar y dos números alternativos a los cuales se podrá llamar en caso de que su hijo/a se enferme o se lesione en la escuela. Por favor, recuerde notificar a la escuela ante cualquier cambio en estos datos durante el año. Asimismo, es una buena idea coordinar con alguien para que sea una persona de contacto para su hijo/a si usted debiera irse de la ciudad por un determinado período de tiempo.

ACCIDENTE O ENFERMEDAD:

Cuando un niño/a se enferma en la escuela, es enviado a la oficina de la enfermera. Si la enfermera escolar considerara que el niño/la niña no puede permanecer en la escuela, se contactará a los padres y se les solicitará que hagan los arreglos necesarios para transportar al niño/la niña a casa. Si surgiera una emergencia y no se pudiera contactar al padre/madre, o ellos no pudieran recoger al estudiante, se llamará a una ambulancia para llevarlo/la al hospital.

Si su hijo/a tuviera un problema de salud en particular, es esencial que esta información sea transmitida a la enfermera escolar. Si se tratara de una enfermedad transmisible, como la varicela o la faringitis estreptocócica, la enfermera deberá estar al tanto de esta situación. Asimismo, resulta de vital importancia que los padres reconozcan los síntomas de enfermedad y actúen rápidamente para mantener al niño/a la niña enfermo/a en casa. Esto incluye aquellos casos en los que un niño/una niña no está muy enfermo/a, pero se siente incómodo/a, o no se siente bien, ya que esto repercutirá negativamente en su desempeño en clase y, lo más importante, se transformará en una fuente de infección para sus compañeros de clase y maestros. Por favor, no envíe a su hijo/a a la escuela con una fiebre superior a los 100 grados Fahrenheit o con tos fuerte, una erupción sospechosa u ojos rojos y drenantes, ya que será enviado/a a casa. Para poder regresar a la escuela, su hijo/a deberá estar libre de fiebre durante 24 horas sin el uso de medicamentos para reducirla, tales como Tylenol.

BUENOS HÁBITOS DE SALUD:

1. *Los niños pequeños* deben dormir entre 11 a 12 horas, mientras que *los adolescentes* deben dormir entre 8.5 y 9.25 horas.
2. Comer un desayuno bien equilibrado.
3. Mantener el cuerpo, cabello y ropa limpios.
4. Lavarse las manos antes de las comidas y después de usar el baño.
5. Cubrirse la boca y la nariz al toser y estornudar.
6. Cepillarse los dientes regularmente.
7. Vestirse correctamente: usar protección contra la lluvia cuando haya un clima húmedo y ropa de abrigo en invierno, con botas en los días de nieve.

Los estudiantes podrán salir del edificio al recreo todos los días de buen tiempo. El aire fresco y el ejercicio son esenciales para una buena salud. Si su hijo/a debiera permanecer puertas adentro durante el recreo, requeriremos un certificado médico que indique el plazo y el motivo de tal restricción. Se podrá hacer una excepción a esta regla cuando la enfermera escolar tenga conocimiento de que el niño/la niña acaba de regresar a clases luego de una enfermedad, lesión o procedimiento quirúrgico.

RECUERDE - LOS NIÑOS SANOS SON MEJORES APRENDICES

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	
School:				Grade: Exam Date:	
HEALTH HISTORY					
Allergies ☐ No ☐ Yes, indicate type		Type: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Anaphylaxis Care Plan Attached			
Asthma ☐ No ☐ Yes, indicate type		☐ Intermittent ☐ Persistent ☐ Other: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Asthma Care Plan Attached			
Seizures ☐ No ☐ Yes, indicate type		Type: Date of last seizure: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Seizure Care Plan Attached			
Diabetes ☐ No ☐ Yes, indicate type		Type: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 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): ☐ <5 th ☐ 5 th -49 th ☐ 50 th -84 th ☐ 85 th -94 th ☐ 95 th -98 th ☐ 99 th and>					
Hyperlipidemia: ☐ No ☐ Yes ☐ Not Done Hypertension: ☐ No ☐ Yes ☐ Not Done					
PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT					
Height:		Weight:		BP:	
Pulse:		Respirations:			
Laboratory Testing		Positi ve		Negativ e	
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 μ g/dL					
System Review and Abnormal Findings Listed Below					
☐ HEENT		☐ Lymph nodes		☐ Abdomen	
☐ Dental		☐ Cardiovascular		☐ Extremities	
☐ Neck		☐ Lungs		☐ Skin	
		☐ Back/Spine		☐ Neurological	
		☐ Genitourinary		☐ Speech	
				☐ Social Emotional	
				☐ 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, prosthetic, 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 NYSIS					
HEALTH CARE PROVIDER					
Medical Provider Signature:					
Provider Name: <i>(please print)</i>					
Provider Address:					
Phone:			Fax:		
Please Return This Form To Your Child's School When Completed.					

HISTORIAL DE SALUD

NOMBRE DEL O LA ESTUDIANTE: _____

GRADO: _____

Enfermedades que su hijo/a tiene/ha tenido:

Difteria ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha:

Poliomielitis ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha:

Sarampión alemán ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha:

Varicela ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha:

Fiebre reumática ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha:

Tuberculosis ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha:

Tos ferina ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha:

Sarampión ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha:

Paperas ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha:

Escarlatina ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha:

Neumonía ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha:

Condiciones de salud que su hijo tiene/ha tenido:

Asma ☐ No ☐ Sí

Cardiopatía ☐ No ☐ Sí

Condiciones del oído ☐ No ☐ Sí

Dolor de garganta frecuente ☐ No ☐ Sí

Convulsiones ☐ No ☐ Sí

Diabetes ☐ No ☐ Sí

Espasmos ☐ No ☐ Sí

Resfriados frecuentes ☐ No ☐ Sí

Fiebre alta ☐ No ☐ Sí

Alergias (abejas, alimentos, medicamentos, etc.) ☐ No ☐ Sí

Si respondió **SÍ** a cualquiera de las anteriores, comuníquese con la enfermera escolar de su hijo/a para conversar sobre la condición.

Gafas ☐ No ☐ Sí

Discapacidades físicas ☐ No ☐ Sí

Hospitalizaciones ☐ No ☐ Sí

Audífonos ☐ No ☐ Sí

Fracturas ☐ No ☐ Sí

Operaciones ☐ No ☐ Sí

Si respondió **SÍ** a fracturas y/u hospitalizaciones/operaciones, por favor proporcione más información junto con las fechas:

Medicamentos:

Nombre del medicamento: _____

Dónde se toma: ☐ Hogar ☐ Escuela ☐ Con qué frecuencia: _____

Nombre del medicamento: _____

Dónde se toma: ☐ Hogar ☐ Escuela ☐ Con qué frecuencia: _____

¿Existe algún motivo por el cual su hijo/a no debe hacer educación física? ☐ No ☐ Sí

Motivo: _____

FIRMA DE LOS PADRES: _____

FECHA: _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Fecha de recepción del formulario por parte de la escuela: _____

Nombre del o la estudiante: _____ Grado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____

Información que debe ser completada por el médico o el profesional autorizado:

Motivo de la medicación: _____

Nombre del medicamento: _____

Presentación del medicamento/tratamiento: ☐ Tableta/cápsula ☐ Líquido ☐ Inhalador ☐ Inyección ☐ Nebulizador

☐ Otros: _____

Instrucciones (horario y dosis que se debe administrar en la escuela): _____

Fecha de inicio: ☐ Fecha de recepción del formulario ☐ Otra: _____

Fecha de finalización: ☐ Fin del año escolar ☐ Otra fecha/duración: _____

Únicamente para eventos episódicos/de emergencia:

Restricciones y/o efectos secundarios importantes: ☐ Ninguno previsto ☐ Si la respuesta es afirmativa, describa: _____

Requisitos especiales de almacenamiento: ☐ Ninguno ☐ Refrigerar ☐ Otros: _____

Este/a estudiante es capaz y responsable de autoadministrarse este medicamento:

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: TODOS LOS medicamentos controlados deben guardarse y dispensarse en la oficina de la enfermera.

☐ No ☐ Sí, supervisado ☐ Sí, no supervisado **Una vez evaluado por la enfermera con licencia**

Este/a estudiante puede llevar consigo este medicamento: ☐ No ☐ Sí

Indique si ha proporcionado información adicional: ☐ En el dorso de este formulario ☐ Como material adjunto

FIRMA: _____ FECHA: _____

SELLO (incluya dirección, número de teléfono, número de licencia)

A LA ESCUELA: Por favor, informe cualquier inquietud sobre medicamentos o enfermedades al médico mencionado arriba.

Esta sección debe ser completada por el padre/madre/tutor

Doy mi autorización para que (nombre del niño/de la niña) _____ reciba el medicamento citado en la escuela de acuerdo con la política escolar estándar.

****los medicamentos deben ser entregados a la enfermera escolar por el padre/madre/tutor y ser recogidos al final del año escolar o de otro modo serán destruidos****

FIRMA: _____ FECHA: _____

Vínculo: _____

Teléfono: _____ Tel. móvil: _____ Tel. laboral: _____

Certificado de salud oral - Opcional

Padre/madre/tutor: La ley del Estado de Nueva York (Capítulo 281) permite a las escuelas solicitar una evaluación de salud oral al mismo tiempo que se requiere un examen de salud. Su hijo/a se deberá someter a un chequeo dental durante este año escolar para evaluar su aptitud para asistir a la escuela. Por favor, complete la Sección 1 y lleve el formulario a su dentista registrado o a un higienista dental registrado para una evaluación. Si su hijo/a ya se hizo un chequeo dental antes de comenzar la escuela, pídale a su dentista/higienista dental que complete la Sección 2. Entregue el formulario completo al director médico de la escuela o a la enfermera escolar tan pronto como sea posible.

Sección 1. Debe ser completado por el padre, madre o tutor (por favor, escribir en letra de imprenta)

Apellido del niño/de la niña:		Nombre:	Segundo nombre:
Fecha de nacimiento: / / Mes Día Año	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	¿Esta será la primera evaluación de salud oral de su hijo/a? ☐ Sí ☐ No	

Escuela: Nombre	Grado
-----------------	-------

¿Ha notado algún problema en la boca que interfiera con la capacidad de su hijo/a para masticar, hablar o concentrarse en las actividades escolares?

☐ Sí ☐ No

Entiendo que al firmar este formulario brindo mi consentimiento para que el niño/la niña mencionada anteriormente reciba una evaluación básica de salud oral. Comprendo que esta evaluación constituye un medio limitado de evaluación para revisar la salud oral del estudiante, y que necesitaré recurrir a los servicios de un dentista para que mi hijo/a reciba un examen dental completo con radiografías si esto fuera necesario para mantener una buena salud oral.

También entiendo que recibir esta evaluación preliminar de salud oral no establece ninguna relación médico-paciente nueva, continua o continuada. Además, no haré responsable al dentista ni a los que lleven a cabo esta evaluación respecto de las consecuencias o resultados si eligiera NO seguir las recomendaciones que se enumeran a continuación.

Firma del padre/la madre _____

Sección 2. Debe ser completada por el dentista/higienista dental

I. La condición de salud oral de _____ evaluado/a el _____ (Fecha de evaluación) La fecha de la evaluación debe ser dentro de los 12 meses desde el inicio del año escolar en el que se solicita. Marque una opción:

- ☐ Sí, el/la estudiante mencionado/a arriba se encuentra en condiciones aptas de salud oral para permitir su asistencia a las escuelas públicas.
- ☐ No, el/la estudiante mencionado/a arriba no se encuentra en condiciones aptas de salud oral para permitir su asistencia a las escuelas públicas.

NOTA: La condición no apta de salud oral significa que existe una condición que interfiere con la capacidad de un/a estudiante para masticar, hablar o concentrarse en actividades escolares. Esto puede incluir dolor, hinchazón o una infección relacionada con evidencia clínica de caries abiertas. La determinación de no encontrarse en condiciones adecuadas de salud oral para permitir la asistencia a la escuela pública no impide que el/la estudiante asista a la escuela.

Nombre y dirección del dentista/higienista dental

(escriba en letra de imprenta o coloque un sello)

Firma del dentista/higienista dental

--	--

Secciones opcionales - Si usted acepta divulgar esta información a la escuela de su hijo/a, por favor coloque su inicial aquí.

II Estado de salud oral (marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Sí ☐ No **Antecedentes de caries/Historial de restauración** – ¿El niño/la niña alguna vez ha tenido una caries (tratada o no tratada)? [Hay un relleno (temporal/permanente) O un diente que falta porque se extrajo como resultado de una caries O una caries abierta].
- ☐ Sí ☐ No **Caries sin tratar** – ¿Este/a niño/niña tiene una caries abierta? [Al menos ½ mm de pérdida de la estructura dental en la superficie del esmalte. Coloración marrón a marrón oscuro de las paredes de la lesión. Estos criterios se aplican a los hoyos y lesiones cavitadas de fisuras, así como a las que se encuentran en las superficies lisas de los dientes. Si se conserva la raíz, se asume que todo el diente fue destruido por la caries. Los dientes rotos o astillados, además de los dientes con empastes temporales, se consideran sanos a menos que también esté presente una lesión cavitada].
- ☐ Sí ☐ No **Selladores dentales presentes**

Otros problemas (especifique): _____

II Necesidades de tratamiento (marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Ningún problema obvio. Se recomienda el cuidado dental de rutina. Visite al dentista regularmente.
- ☐ Puede necesitar atención dental. Por favor, programe una cita con su dentista lo antes posible para una evaluación.
- ☐ Se requiere atención dental inmediata. Por favor, programe una cita inmediatamente con su dentista para evitar problemas.



DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE CARMEL

John P. Fink

Superintendente Adjunto para Negocios

Estimado padre/madre:

Nuestro distrito escolar se preocupa por todos los aspectos del desarrollo de su hijo/a. Para garantizar que la salud física de su hijo/a esté siendo monitoreada, el Estado de Nueva York requiere que cada niño/a en los niveles de **kindergarten, primero, tercero, quinto, séptimo, noveno y undécimo grados**, y los nuevos ingresantes, se sometan a un examen físico. Dado que su médico de cabecera se encuentra mejor informado sobre la salud de su hijo/a, le recomendamos que sea este profesional quien realice este examen. Si usted no tiene un médico de cabecera, o prefiere que el examen se lleve a cabo en la escuela, haremos los arreglos necesarios para que su hijo/a sea examinado por nuestro médico de la escuela.

Si su hijo/a se encuentra en cualquiera de los grados mencionados anteriormente, por favor complete el siguiente formulario con su preferencia, y entréguelo a la enfermera escolar del edificio de su hijo/a lo antes posible.

Si usted elige que el médico de su hijo/a realice el examen físico, por favor lleve a cabo este examen y devuelva el formulario físico adjunto a la escuela antes del 1.º de noviembre.

Gracias.

John P. Fink

PREFERENCIA DE LOS PADRES PARA EL EXAMEN FÍSICO DEL NIÑO/DE LA NIÑA

Nombre del niño/de la niña: _____ Grado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Maestro/a: _____

Quiero que el examen físico de mi hijo/a sea llevado a cabo por: (marque una opción)

_____ El médico de la escuela

_____ El médico de mi hijo/a

Nombre del médico: _____

Fecha de la cita, si está programada: _____

Firma del padre/madre: _____

Fecha: _____

Requisitos de inmunización del Estado de Nueva York

Para el ingreso/la asistencia a la escuela

Se requiere que los padres cooperen con la enfermera escolar para completar los requisitos de inmunización estipulados por la ley. Se cumplirán las exenciones de inmunización permitidas por la ley. Sin embargo, **el Estado de Nueva York ahora requiere que se presente anualmente una Declaración de exención de inmunización médica completada por el médico del niño/de la niña**. Se recuerda a los padres que la ley estipula que los estudiantes que no cumplan con todos los requisitos podrán ser excluidos de la escuela.

REQUISITOS DE INMUNIZACIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK (comuníquese con el médico de su hijo/a si tiene alguna pregunta)			
Vacunas	Jardín de infantes y de 1^{ro} a 5^{to} grado	De 6^{to} a 11^{er} grado	12^{do} grado
Vacuna contra la difteria y toxoides tetánicos y vacuna contra la pertussis (DTaP/DTP/Tdap)	5 dosis o 4 dosis Si la 4ta dosis se aplicó a los 4 años o más o 3 dosis si el niño/a tiene 7 años o más y la serie inició al año o más tarde.	3 dosis	3 dosis
Refuerzo de la vacuna contra la difteria y toxoides tetánicos y la vacuna contra la pertussis (Tdap)	No corresponde	1 dosis	1 dosis
Vacuna contra la poliomielitis (IPV/OPV)	4 dosis o 3 dosis Si la 3 ^{era} dosis se aplicó a los 4 años o más.	4 dosis o 3 dosis Si la 3 ^{era} dosis se aplicó a los 4 años o más.	4 dosis o 3 dosis Si la 3 ^{era} dosis se aplicó a los 4 años o más.
Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR)	2 dosis	2 dosis	2 dosis
Vacuna contra la hepatitis B	3 dosis o 2 dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) para aquellos niños que se aplicaron las dosis con un intervalo de al menos 4 meses entre las edades de 11 a 15 años.	3 dosis o 2 dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) para aquellos niños que se aplicaron las dosis con un intervalo de al menos 4 meses entre las edades de 11 a 15 años.	3 dosis o 2 dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) para aquellos niños que se aplicaron las dosis con un intervalo de al menos 4 meses entre las edades de 11 a 15 años.
Vacuna contra la varicela	2 dosis	2 dosis	2 dosis
Vacuna ACWY Antimeningocócica Conjugada (MenACWY)	N/C	Se requiere una 1 dosis de 7^{mo} a 10^{mo} grado	2 dosis o 1 dosis si la dosis se aplicó a los 16 años o más.

POLÍTICA DE USO RESPONSABLE

Términos y condiciones para el uso de la Internet
la red de distrito y la tecnología para los estudiantes de los grados K a 8

CONTRATO PARA EL USO RESPONSABLE DE LA COMPUTADORA

ESCUELAS PRIMARIAS

Al utilizar la computadora:

1. Mostraré respeto por los demás.
2. Mostraré respeto por las cosas que la gente tiene en la computadora.
3. Mostraré respeto por todo el equipo informático de la escuela.
4. Mantendré mis contraseñas para mí y no trataré de averiguar las contraseñas de otra persona.
5. Comprendo que los maestros podrán ver lo que he puesto en la computadora.
6. Usaré Internet solo para mi trabajo escolar.
7. Seguiré las instrucciones del maestro a cargo.
8. Avisaré a mis maestros si leo o veo algo en la computadora que es inapropiado o algo que no entiendo.
9. No compartiré enlaces o contenido inapropiado con otros estudiantes.
10. Pediré ayuda si no sé qué hacer.

ESCUELA MEDIA GEORGE FISCHER

Al utilizar la computadora:

1. Utilizaré el equipo informático con cuidado y con respeto, lo cual incluye el hardware, el software y la red.
2. Utilizaré el equipo informático, los recursos de información y la red escolar únicamente con fines educativos.
3. Protegeré la privacidad de mi nombre de usuario y contraseña.
4. Solo accederé a mis propios archivos y/o carpeta cuando se utilicen herramientas en línea.
5. Mostraré respeto por los demás y por las cosas que la gente tiene en la computadora.
6. Utilizaré únicamente el lenguaje, las imágenes, las búsquedas y las conversaciones adecuados.
7. No compartiré enlaces o contenido inapropiado con otros estudiantes.
8. Avisaré a mis profesores si veo contenido inapropiado compartido por otros.
9. Comprendo que el distrito se reserva el derecho de acceder y ver cualquier material almacenado en el equipo del distrito o cualquier material utilizado en conjunto con la red de computadoras del distrito.
10. Mantendré mi contraseña y acceso confidencial en todo momento, incluso cuando no esté presente en la pantalla de su computadora.
11. Acepto respetar las leyes de derechos de autor. Citaré debidamente el material al cual he accedido o adquirido a través de la Internet.

ACUERDO DEL ESTUDIANTE

He leído estas normas junto con mis padres y las hemos conversado en familia. Prometo obedecer las reglas. Si no lo hago, comprendo que es posible que no se me permita utilizar las computadoras de la escuela. Para consultar el uso completo de la computadora conforme el Reglamento de uso en la enseñanza/intervención, visitar www.carmelschools.org y leer la política de BOE 4526.R.

Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha: _____

En general, el consumo de las redes sociales se encuentra en aumento, además de la aparición de otras nuevas redes. Si bien regulamos y monitoreamos los sitios en la escuela, le solicitamos que por favor supervise el contenido que ven sus hijos cuando utilizan el Internet del hogar. Los sitios de redes sociales ofrecen oportunidades para que los niños demuestren muchos niveles de comportamiento negativo. Estos comportamientos tienen efectos de largo alcance y pueden conducir a problemas disciplinarios cuando los niños llegan a la escuela al día siguiente. Su vigilancia y atención a este tema protegerá a nuestros niños, ayudará a mantener el tono educativo adecuado en nuestras escuelas y demostrará que todos tenemos que seguir siendo responsables de nuestro comportamiento dondequiera que vayamos.

ACUERDO DE PADRE(S)/TUTORE(S)

Yo (nosotros) he(mos) leído la Política de uso responsable. Como padre(s) o tutor(es) de los estudiantes mencionados anteriormente, yo (nosotros) entiendo/entendemos que el acceso a Internet en la escuela está destinado solo para fines educativos. Si no se respetaran estas normas, se tomarán medidas disciplinarias conforme lo establecido en el Código de Conducta de la escuela.

Firma de uno de los padres: _____ Fecha: _____

Formularios adicionales: Deben ser completados ÚNICAMENTE para la inscripción en Kindergarten



INSCRIPCIÓN EN EL KINDERGARTEN

Cuestionario para padres

Nombre del o la estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino
Fecha de nacimiento: ____/____/____
Mes Día Año

Nombre del padre/madre/tutor: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Dirección: _____ Teléfono: _____

Haga una lista de los hermanos u otras personas que residen en el hogar del niño/de la niña:

NOMBRE	VÍNCULO	EDAD

HISTORIAL MÉDICO:

- a) Su hijo/a nació: ☐ Prematuro/a ☐ A término ☐ Por cesárea
- b) ¿Cuál fue el peso de su hijo/a al nacer? _____
- c) Enumere cualquier problema de salud, alergia o lesión desde el nacimiento: _____

- d) ¿Su hijo/a tiene infecciones de oído excesivas? ☐ Sí ☐ No
- e) ¿Su hijo/a tiene tubos auditivos? ☐ Sí ☐ No
- f) ¿Su hijo/a padece fiebres altas frecuentes? ☐ Sí ☐ No
- g) ¿Su hijo/a requiere medicación frecuente? ☐ Sí ☐ No
- h) ¿Su hijo/a tiene algún requisito de dieta especial? ¿Podría especificar? _____

INTERACCIONES DEL HOGAR Y EL NIÑO/LA NIÑA:

- a) ¿En cuántos lugares ha vivido su hijo/a? _____
- b) ¿Ha habido algún cambio en la composición familiar o en las condiciones de vida del niño/de la niña y cuándo ocurrió este evento? (ej: Padres separados o divorciados, fallecimiento de padres o hermanos, miembros en el hogar, etc.) _____
- c) Si los padres están separados o divorciados, ¿el niño/la niña ve al otro padre?
☐ Sí ☐ No ☐ ¿Con qué frecuencia? _____
- d) ¿La madre del niño/de la niña trabaja? ☐ A tiempo completo ☐ A tiempo parcial ☐ No trabaja
- e) Si la madre trabaja, ¿quién cuida al niño/a la niña durante la jornada laboral? _____

HABILIDADES DEL NIÑO/DE LA NIÑA ¿A qué edad comenzó su hijo/a a caminar?

- a) ¿Su hijo/a prefiere su mano izquierda o derecha? _____
- b) ¿A qué edad comenzó su hijo/a a decir palabras? _____ ¿Y oraciones? _____
- c) ¿Tiene alguna preocupación respecto de alguna de las siguientes áreas?
1. Pronunciación de las palabras: _____
 2. Tartamudeo: _____
 3. Voz ronca: _____
 4. Lenguaje (¿sigue instrucciones, utiliza vocabulario apropiado, responde preguntas apropiadamente? ¿Cuenta una historia, o relata una experiencia y recuerda un hecho?): _____

 5. Audición: _____
 6. ¿Qué idioma se suele hablar en casa? _____
 7. ¿Su hijo/a es bilingüe? _____

EXPERIENCIAS PREESCOLARES:

¿Ha tenido su hijo/a alguna experiencia en grupos preescolares (por ejemplo: guardería, campamento de día, parque infantil o preescolar)? Especifique la escuela y la cantidad de tiempo:

COMENTARIOS FINALES:

- a) ¿Ha habido alguna circunstancia o experiencia en el hogar o en la historia de su hijo/a que sería útil que el maestro supiera? Describa a continuación: _____

- b) ¿Su hijo/a se ha sometido alguna vez a una evaluación o recurrió a servicios profesionales en otros lugares respecto de los cuales sería útil que el maestro o maestra supiera? Por favor, indique la fecha y el tipo de servicios: _____



INSCRIPCIÓN EN EL KINDERGARTEN

Formulario de ingreso a preescolar/guardería

To help balance our kindergarten classes in the general areas of social and academic development, please have your child's current preschool teachers complete this input form and return the form to the school you are registering your child for kindergarten. The form should be returned by May 1st. If your child does not attend preschool and is in a day care setting, please ask your day care provider to complete this form. Please note the Parent Input Forms will be available at kindergarten registration.

This form is to be completed by nursery school personnel only.

Name of Student: _____
Last First Middle

Address: _____ Phone: _____

Date of Birth: ____ / ____ / ____
Month Day Year

Name of Preschool/Daycare Provider: _____
Last First Middle

Address: _____ Phone: _____

Form Completed By: _____

CHECK ONE IN EACH AREA

SOCIAL/BEHAVIORAL OR MANAGEMENT NEEDS

_____ Shows evidence of self-control, awareness of rules and consequences, plays cooperatively with peers, and responds appropriately to adult directions.

_____ Self-control is limited. Child has some difficulty in the social/behavioral realm. Describe: _____

ACADEMIC READINESS

_____ Shows willingness to attend to group discussion and instruction, ability to follow directions and work some-what independently.

_____ Child has difficulty attending to group discussion and instruction and is unable to follow directions to work independently.

FINE MOTOR

_____ Shows eye-hand coordination, ability to control small muscles of the hand for manipulation of pencil, scissors, small objects, etc.

_____ Has difficulty with small muscle control.

COMMUNICATION SKILLS

_____ Tells stories that pertain to a topic; communicates easily, articulates most sounds, uses appropriate grammar.

_____ Has difficulty communicating.

SPECIAL NEEDS: ☒ No ☐ Yes (if yes, please describe. For example, medical or toileting needs, assistance with daily living skills):

PERMISSION TO RELEASE INFORMATION TO CARMEL CENTRAL SCHOOL DISTRICT

May the CCSD staff contact the preschool to discuss your child? ☐ Yes ☐ No

Signature: _____

Date: _____
MM/DD/YYYY

TEACHER COMMENTS (Options):

[illegible]

Attach any additional information you feel may be helpful.



DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE CARMEL

Christopher Salumn

Director de Salud, Educación Física y Deportes

Transferencia y aptitud para el deporte

Instrucciones: Por favor, complete nuestra PARTE UNO de la Hoja de notificación de transferencia. Complete también la PARTE TRES del Historial deportivo del/de la estudiante ingresante. Una vez que haya completado la PARTE UNO y la PARTE TRES, entregue estos formularios a la oficina de registro escolar de la escuela secundaria lo antes posible. Ningún estudiante nuevo puede participar en ningún equipo deportivo de Carmel sin la aprobación de la sección, por lo tanto, este formulario debe completarse lo antes posible.

Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en llamarme al 845-225-8441 x460.

LISTA DE DEPORTES

DEPORTES DE OTOÑO		DEPORTES DE INVIERNO		DEPORTES DE PRIMAVERA	
Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños
Hockey sobre césped sintético	Fútbol americano	Baloncesto	Baloncesto	Golf	Golf
Campo traviesa	Campo traviesa	Pista	Pista	Pista	Pista
Fútbol	Fútbol	Gimnasia	Hockey sobre hielo	Softbol	Béisbol
Tenis		Animación	Lucha libre		Tenis
Vóleibol		Esquí	Esquí		
Animación		Bowling	Bowling		

Las fechas de inicio de cada sesión se citan en el calendario escolar anual

POR FAVOR, COMPLETE ESTA INFORMACIÓN ÚNICAMENTE SI EL(LA) ESTUDIANTE PARTICIPARÁ EN ACTIVIDADES DEPORTIVAS.

El formulario será enviado al Departamento de Deportes por la oficina de registro



DEPORTES:

ESTUDIANTE NUEVO(A)/TRANSFERENCIA

Fecha de inscripción: _____

Nombre del/de la estudiante: _____

Grado: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Fecha de ingreso al 9^{no} grado:** _____

Última escuela a la que asistió:

Dirección de la escuela: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Nueva dirección: _____

Dirección anterior: _____

Si no hubo un cambio de dirección, indique motivo de la transferencia: _____

Si corresponde, indique los deportes en los que participó en la escuela anterior:

DEPORTE DE OTOÑO ☐ V ☐ JV ☐ 9^{no} grado: _____

DEPORTE DE INVIERNO ☐ V ☐ JV ☐ 9^{no} grado: _____

DEPORTE DE PRIMAVERA ☐ V ☐ JV ☐ 9^{no} grado: _____

DE: Oficina de Orientación

FECHA: _____



NOTIFICACIÓN DE TRANSFERENCIA

Este formulario deberá ser completado para todos los estudiantes de transferencia y ser enviado a:

LUEGO DE RECIBIR LA PARTE UNO EN LA OFICINA DE SECCIÓN, EL/LA ESTUDIANTE CALIFICARÁ PARA PARTICIPAR DE LAS PRÁCTICAS, SIN EMBARGO, NO PODRÁ PARTICIPAR EN UNA COMPETENCIA HASTA QUE SEA APROBADO/A POR LA SECCIÓN.

Por favor, marque una opción: **(Se debe adjuntar la documentación de apoyo necesaria)**

____ **Solicitud de exención** Financiera: Requiere prueba documentada de una pérdida significativa de ingresos o un aumento significativo de los gastos. O Seguridad e higiene: Documentación escrita emitida por el Superintendente de Escuelas o del Director de la escuela secundaria remitente indicando las circunstancias específicas que requirieron la transferencia y debe ir acompañada de documentación de apoyo (es decir, informe policial, informe DASA, etc.)

____ **Regreso al Distrito Escolar de Residencia** (Sin cambio de residencia. Solo cambio de inscripción escolar). El estudiante regresa a una escuela dentro de los límites del distrito de sus gastos.

____ **Padres divorciados/separados legalmente** Un estudiante de padres divorciados o separados legalmente que se muda a un nuevo distrito escolar con uno de los padres mencionados anteriormente estará exento siempre que este evento ocurra una vez cada seis meses. El acuerdo de separación legal debe abordar la custodia, la manutención de los hijos, la manutención de los cónyuges y la distribución de los bienes y ser presentado ante la Secretaría del Condado o ser emitido por un Juez.

____ **Sin hogar** El/la estudiante fue declarado/a sin hogar por el Superintendente conforme la legislación McKinney-Vento [NYSED 100.2].

____ **Cambio en la residencia** La política de transferencia/residencia de NYSPHSAA establece lo siguiente: Consulte las normas legales y de calificación N.º 30. (Una residencia se considera modificada cuando una es abandonada y se establece otra a través de la acción y la intención. La residencia requiere la presencia física de uno como habitante y la intención de permanecer indefinidamente. El mero alquiler de una propiedad dentro del Distrito no confiere residencia). **El Superintendente determinará la residencia a los efectos de la inscripción, pero este requisito más restrictivo será necesario para la calificación deportiva conforme las normas de NYSPHSAA.**

____ **Otra exención de transferencia:** _____

Al firmar este documento, certifico que nuestra residencia anterior ha sido abandonada por la familia inmediata y que nuestra residencia actual se ha establecido a través de la acción y la intención. Declaro que la familia inmediata residirá físicamente en nuestra dirección actual como habitantes y con la intención de permanecer indefinidamente. Declaro que la transferencia del/de la estudiante se produjo sin inducción, reclutamiento ni con la intención de aprovechar una ventaja deportiva o para evitar una medida disciplinaria en la escuela remitente.

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/madre en letra de imprenta: _____

PRIMERA PARTE

DEBE SER COMPLETADA POR LA ESCUELA RECEPTORA DEL/DE LA ESTUDIANTE

Escuela receptora: CARMEL CSD Nombre del/de la estudiante: _____

Fecha de transferencia: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nivel de grado: _____ Fecha de ingreso al 9º grado: _____

Dirección anterior del/de la estudiante/familia: _____

Dirección actual del/de la estudiante/familia: _____

Nombres de los padres y direcciones actuales:

Nombre y dirección de la madre: _____

Nombre y dirección del padre: _____

Nombre de la escuela remitente: _____

¿El/la estudiante participó en actividades deportivas en la escuela remitente? Sí No

El abajo firmante certifica que el/la estudiante mencionado/a aquí fue transferido/a a su escuela actual sin inducción, reclutamiento ni con la intención de aprovechar una ventaja atlética o para evitar una medida disciplinaria en la escuela remitente.

La administración de la escuela receptora será responsable de verificar estos y otros requisitos de calificación.

Firma del Superintendente: _____ Fecha: _____

Firma del director o directora: _____ Fecha: _____

Firma del director de deportes: _____ Fecha: _____

PARTE DOS DEBE SER COMPLETADA POR LA ESCUELA ANTERIOR DEL/DE LA ESTUDIANTE Y SER ENVIADA POSTERIORMENTE A LA ESCUELA RECEPTORA

Nombre del/de la estudiante: _____ Fecha de ingreso a 9^{no} grado: _____

¿El/la estudiante repitió algún grado? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles? _____

Nombre de las escuelas a las que asistió antes de la transferencia: _____

Fecha de ingreso a esta escuela: _____ Fecha de retiro de esta escuela: _____

Dirección del estudiante mientras asistía a la escuela anterior: _____

¿Con quién residió el/la estudiante en esta dirección (nombre)? _____

¿Vínculo con esta (estas) persona(s)? _____

PARTE TRES - HISTORIAL DEPORTIVO DEL/DE LA ESTUDIANTE INGRESANTE (por favor incluya todos los deportes en los que participó el/la estudiante).

	Año	Deporte	Nivel	Postulación (clase seleccionada)	Escuela
7 ^{mo} grado	_____	_____	_____	☐ Sí ☐ No	_____
	_____	_____	_____	☐ Sí ☐ No	_____
	_____	_____	_____	☐ Sí ☐ No	_____
8 ^{vo} grado	_____	_____	_____	☐ Sí ☐ No	_____
	_____	_____	_____	☐ Sí ☐ No	_____
	_____	_____	_____	☐ Sí ☐ No	_____
9 ^{no} grado	_____	_____	_____		_____
	_____	_____	_____		_____
	_____	_____	_____		_____
10 ^{mo} grado	_____	_____	_____		_____
	_____	_____	_____		_____
	_____	_____	_____		_____
11 ^{ro} grado	_____	_____	_____		_____
	_____	_____	_____		_____
	_____	_____	_____		_____
12 ^{do} grado	_____	_____	_____		_____
	_____	_____	_____		_____
	_____	_____	_____		_____

Los abajo firmantes no tienen conocimiento de que el/la estudiante mencionado/a en este documento ha sido transferido/a a su escuela actual sin inducción, reclutamiento ni por aprovechar una ventaja deportiva o para evitar una medida disciplinaria en la escuela remitente.

Firma del Superintendente: _____ Fecha: _____

Firma del director: _____ Fecha: _____

Firma del director de deportes: _____ Fecha: _____

Formularios adicionales: Solamente para los estudiantes de escuela secundaria



DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE CARMEL

Estimados padres/tutores de Carmel High School:

De conformidad con la Ley Federal “Cada estudiante triunfa” (anteriormente llamada “Sin dejar ningún niño atrás”), tenemos la obligación de proporcionar información estudiantil a los reclutadores de las Fuerzas Armadas. Si usted no desea que se proporcione esta información, por favor complete el siguiente formulario y entréguelo al Departamento de Consejería de Carmel High School.

Administración de Carmel High School

☐ No quiero que esta información sobre mi hijo/a sea proporcionada a los reclutadores.

Nombre del niño/de la niña en letra de imprenta: _____

Grado: _____ Año de graduación: _____

Núm. de identificación de estudiante: _____

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta): _____

Padre/madre/tutor (firma): _____

Fecha: _____

O:forms/ECSA

Cultivando oportunidades



DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE CARMEL

Perfil del graduado

PENSAMIENTO CRÍTICO

- Analizar y sintetizar la información
- Emplear el pensamiento divergente
- Practicar la autorreflexión

EDUCACIÓN CÍVICA

- Demostrar responsabilidad y orgullo cívicos
- Abrazar la diversidad
- Participar en la comunidad

COMPASIÓN

- Considerar los puntos de vista de los otros
- Demostrar empatía
- Demostrar amabilidad



CREATIVIDAD

- Explorar las oportunidades artísticas
- Identificar y perseguir pasiones
- Pensar de forma innovadora

COLABORACIÓN

- Trabajar de manera productiva con otros
- Desarrollar colaboraciones
- Participar de entornos sociales

COMUNICACIÓN

- Escuchar de forma activa y hablar
- Expresar ideas y conocimiento
- Practicar la responsabilidad digital

Cultivando oportunidades

CADA ESTUDIANTE PODRÁ TOMAR DECISIONES ADECUADAS QUE DEMOSTRARÁN SU COMPRENSIÓN Y EMPATÍA HACIA LOS DEMÁS.

CADA ESTUDIANTE ESTABLECERÁ Y PERSEGUIRÁ OBJETIVOS DESAFIANTES.