CARMEL CENTRAL SCHOOL DISTRICT

GRADOS 9 - 12
PAQUETE DE INSCRIPCIÓN

NUESTRAS ESCUELAS

CARMEL HIGH SCHOOL

GEORGE FISCHER MIDDLE SCHOOL

KENT ELEMENTARY SCHOOL

KENT PRIMARY SCHOOL

MATTHEW PATERSON ELEMENTARY SCHOOL

81 SOUTH STREET * PATTERSON, NY 845.878.2094 * PHONE 845.878.2566 * FAX 845.878.3964

DE LA OFICINA DEL SUPERINTENDENTE DE ESCUELAS

Estimados Padres 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 interesante y gratificante. Esperamos poder trabajar con usted en equipo para apoyar el desarrollo social, emocional, intelectual, físico y estético de sus hijos.

La Guía para padres sobre Educación Especial está disponible en el sitio web del Departamento de Educación del Estado de Nueva York (NYSED), que brinda información a los padres, tutores y otros miembros de la familia sobre las leyes, reglamentaciones y normas que afectan los programas y servicios de educación especial. El sitio web de NYSED es: 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 usted tiene preguntas sobre nuestro proceso de evaluación y recomendación del Comité de Educación Especial (CSE, por sus siglas en inglés), póngase en contacto con:

Sra. Amanda Allison *
Presidente del Comité de Educación Especial Preescolar
Comité de educación especial para grados K-6
845 878-2094, ext. 244
aallison@carmelschools.org

Sr. Edward LoPresti*
Presidente del Comité de educación
especial para grados 7-12
845 878-2094, ext. 249
eloprest@carmelschools.org

*Nota: Los dos presidentes comparten a los alumnos ubicados fuera del distrito

El personal del Distrito Escolar Central de Carmel ha preparado este paquete de inscripción que destaca información básica y sugerencias que pueden ayudarlos a ustedes y sus hijos al comenzar el año escolar. Mis mejores deseos para un año escolar exitoso.

Atentamente,

Sr. James Irvin
Superintendente de Escuelas

DE LA OFICINA DEL DIRECTOR

Estimados padres de familia y alumnos:

Es un placer darles la bienvenida a la Escuela Secundaria de Carmel. Confío en que aprovecharás todo lo que tenemos para ofrecer en el aula, los deportes y las actividades extracurriculares.

Los docentes y el personal de la Escuela Secundaria de Carmel se comprometen a ayudarte a alcanzar una educación de calidad y esperamos la oportunidad de ayudarte. Estoy seguro de que te esforzarás para alcanzar el éxito.

El personal de orientación los asistirá con el proceso de inscripción y preparará tu horario. Por favor, vean el paquete de inscripción adjunto para nuestra escuela secundaria. Una vez que hayan recibido la libreta de calificaciones final/expediente académico y constancia de inmunizaciones, llamen a la registradora para programar una cita para revisar toda la documentación que han llenado y para hacer una cita con su consejero de orientación para crear su horario.

A continuación, se enumeran los documentos que debe traer para inscribirse:

- ✓ Dos (2) comprobantes de residencia que muestren el nombre y el domicilio físico (no una casilla de correo) en el Distrito Escolar Central de Carmel. Esto puede ser una nota de hipoteca, un contrato de alquiler, una factura de servicios públicos, una factura de seguro, una licencia de conducir, etc.
- ✓ Certificado de nacimiento o pasaporte del alumno/a
- ✓ Constancia de Inmunización y Examen Físico actual
- ✓ Todos los formularios en el paquete ya llenados
- ✓ Todos los expedientes finales del año de la escuela actual del alumno/a
- ✓ Copia del IEP (Programa educacional individualizado)/Plan PPT (Connecticut) o Plan de modificaciones 504 del alumno/a, si lo tiene. Para alumno/a de educación especial, también traiga:
    - o Evaluación psicológica
    - o Evaluación educativa
    - o Historial social

Revise todos los documentos adjuntos y, si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nuestra registradora al (845) 225 - 8441 ext. 449 o envíele un correo electrónico a kdouchko@carmelschools.org.

Atentamente,

Louis T. Riolo
Director

ADMISIÓN DE ALUMNOS Y PRUEBA DE RESIDENCIA

INTRODUCCIÓN:

Como sistema escolar público, las escuelas de Carmel dan la bienvenida a todos los alumnos que viven dentro de los límites del Distrito Escolar Central de Carmel y cumplen con los requisitos de edad y salud del estado. Los alumnos que se mudan al distrito durante el verano deben llamar a su escuela para inscribirse antes del comienzo del año escolar. Los alumnos que se mudan al distrito durante el año escolar deben hacer una cita para inscribirse. Los alumnos deben asistir a la escuela en la zona de asistencia en la que reside su familia.

El padre o madre natural, tutor legal u otra persona que tenga control legal bajo una orden judicial debe inscribir al alumno/a. La persona que inscribe al alumno/a debe presentar su licencia de conducir o tarjeta de identificación del departamento de transporte al momento de la inscripción.

Si una familia aún no se mudó al distrito escolar, pero está construyendo o comprando una casa dentro de los límites del distrito, se debe llenar el Formulario de certificación de elegibilidad y el contrato de compra debe presentarse a la Oficina del Superintendente Asistente antes de inscribirse

Como parte del proceso de inscripción de un/a niño/a en el Distrito Central Escolar de Carmel, se le pide que presente información que le permita al distrito verificar si tal niño/a tiene legalmente derecho a una educación en Carmel. La educación de cada niño/a en nuestras escuelas es una responsabilidad que asumimos con seriedad. Cada niño/a requiere espacio, tiempo del personal y útiles, los cuales son gastos a cargo del distrito. Esperamos que comprenda la obligación que tenemos hacia quienes pagan impuestos de asegurarnos que estamos educando sólo a aquellos niños que tienen derecho a dicha educación.

La ley supone que los niños viven con sus padres. Si se afirma que los niños residen con alguien que no sean sus padres o tutores legales, será necesario obtener información adicional para establecer la residencia de los niños en el distrito.

ADMISIÓN DE ALUMNOS:

Los documentos necesarios para inscribir a su hijo/a son:

- Dos comprobantes actuales de residencia en el Distrito Escolar Central de Carmel fechadas en los últimos 60 días
- Certificado de nacimiento o pasaporte del niño/a que está inscribiendo
    - Los alumnos de kindergarten deben cumplir 5 años el o antes del 1 de diciembre del año en que comienzan el kindergarten.
- Expedientes de vacunación actuales del niño/a que está inscribiendo, firmado por un médico
- Comprobante de tutela o custodia, cuando corresponda
- Libreta de calificaciones o transcripción no oficial de su escuela anterior (si se traslada desde otro distrito)
- Formulario de inscripción del Distrito Escolar Central de Carmel debidamente llenado

PRUEBA DE RESIDENCIA:

Se requieren dos formularios de comprobante de residencia en el Distrito Escolar Central de Carmel, tales como las siguientes (con fecha dentro de los últimos 60 días).
Los documentos que deberá presentar varían dependiendo si usted es dueño/a de su casa o la alquila/arrienda.

- **Propietario:** Si usted es dueño de su casa, debe presentar una copia de su factura de impuestos o la escritura de su casa y uno de los siguientes:
    - Factura de servicios públicos - factura de gas natural, agua, teléfono, electricidad; o
    - Licencia de conducir con el domicilio actual
    - Recibo de pago

- **Si alquila o arrienda**: Si usted paga alquiler, debe presentar una copia de su contrato de alquiler o arrendamiento. Si no existe ningún contrato de arrendamiento debe presentar una declaración notariada por escrito de su propietario diciendo que vive en ese domicilio o una copia notariada de la Declaración jurada de Propietario del Distrito Escolar Central de Carmel (formulario dado a continuación). **Debe tener un contrato de arrendamiento por un mínimo de 90 días para inscribir a sus hijos.** Además, debe presentar uno de los siguientes:

    - Factura de servicios públicos - de gas natural, agua, teléfono o electricidad; o
    - Licencia de conducir con el domicilio actual

NOTA: Los padres tienen la responsabilidad de notificar a la escuela si ocurre algún cambio en el estado de residencia después de la inscripción.

También podrá presentar cualquier otro comprobante pertinente que desee, que incluye pero no se limita a, los siguientes tipos de documentación:

- Recibo de pago
- Formulario de impuesto a la renta
- Facturas de servicios públicos u otras
- Documentos de membresía basados en la residencia (por ejemplo, carnet de la biblioteca)
- Documento(s) de registro de votante
- Licencia de conducir oficial, permiso de aprendiz o identificación de no conductor
- Identificación estatal u otra identificación gubernamental
- Documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales (por ejemplo, Agencia local de servicio social, Oficina federal de reasentamiento de refugiados); o
- evidencia de la custodia del niño o la niña en cuestión, que incluye pero no se limita a, custodia judicial u orden de la documentación de tutela

Elegibilidad de alumnos (determinación de la edad):

Debe presentar un original o transcripción certificada del acta de nacimiento o pasaporte de su hijo/a (independientemente de la nación que lo emite). En ausencia de éstos, usted puede presentar cualquier otra documentación que haya estado en existencia por más de dos (2) años que podría ser utilizada para establecer la edad de su hijo/a. Por ejemplo:

- Licencia oficial de conducir
- Identificación estatal u otra identificación gubernamental
- tarjeta de identificación escolar con foto y fecha de nacimiento
- tarjetas de identificación del Consulado
- expedientes de salud o del hospital
- Documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales (por ejemplo, agencia local de servicios sociales, Oficina federal de reasentamiento de refugiados),
- órdenes judiciales u otros documentos emitidos por un tribunal
- Certificado tribal de pueblos originarios
- Expedientes de agencias de ayuda internacional sin fines de lucro y agencias voluntarias.

TUTELA:

Los alumnos que no residan con sus padres naturales están obligados a proporcionar comprobante de tutela.

Durante el proceso de inscripción, los alumnos que hablan un idioma que no sea inglés pueden pedir evaluación del idioma antes de finalizar el proceso de inscripción. Para obtener más información, póngase en contacto con la escuela de su hijo o hija.

ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS: Ofrezca asistencia a los estudiantes y familias para completar este formulario. Este formulario debería de ser incluido como la primera página de los materiales de inscripción que el distrito comparte con familias. No incluya este formulario en el paquete de inscripción sin advertencias apropiadas. Por ejemplo, tendrá que cambiar partes del paquete de inscripción que requieren que se entreguen prueba de inscripción antes de matricular. Estudiantes elegibles según el Acto de McKinney-Vento, no necesitan entregar prueba de residencia y otros documentos normalmente requeridos antes de matricular.

CARMEL CENTRAL SCHOOL DISTRICT
CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre del Distrito Escolar: _____

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Estudiante: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Género: ☐ Hombre ☐ Mujer Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____ *Mes Día Año* Grado:_____ *(jardín de infantes – 12)* ID#: _____ *(opciónal)*

Dirección: _____ Teléfono: _____

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

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

- ❑ En un refugio
- ❑ Con otra familia o otra persona debido a la pérdida del hogar o a dificultades económicas
- ❑ En un hotel/motel
- ❑ En un carro, parque, autobús, tren, o camping
- ❑ Otra vivienda temporal (Por favor describa): _____
- ❑ En un hogar permanente (Por ejemplo: Si alquila, arrienda, Propietario, o En un acuerdo de vida permanente con la familia/Amigos)

_____ _____

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

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

_____
Fecha

Si CUALQUIER caja que no sea "En un hogar permanente" está marcada, **no se requieren prueba de domicilio** u otros documentos normalmente requeridos para inscripción **y el estudiante debe ser matriculado inmediatamente**. Después de que el estudiante sea matriculado, el distrito o la escuela debe pedir los documentos escolares, incluyendo los documentos de inmunización, al distrito o la escuela anterior. El enlace del distrito debe ayudar al estudiante conseguir cualquier otro documento necesario o inmunización.

ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS: Si el estudiante **NO** vive en un hogar permanente, favor de asegúrese que una Formulario de Designación sea completado.

Check One: ☐ CHS ☐ GFMS ☐ KES ☐ KPS ☐ MPES

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Fecha de entrada en el grado y la escuela: ____ / ____ / ____ Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Apellido del alumno o la alumna:_____ Inicial segundo nombre:_____Primer nombre: _____Apodo:_____

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

Nivel de grado: _____

Idioma que se usa en el hogar: _____

Nacido en Estados Unidos: ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR

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

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

RAZA Y ORIGEN ÉTNICO DEL ALUMNO O ALUMNA: Las normas del Distrito Escolar Central de Carmel exige la recopilación y registro de la identidad étnica de los alumnos en el Distrito Escolar Central de Carmel, conforme a las definiciones y categorías federales. La información se utilizará para enviar información a los Departamentos de Educación Federal y Estatal, hacer los planes de programas educativos y asegurarse de que estén a disposición de todos los alumnos, estudiar el movimiento de los estudiantes de diferentes grupos étnicos, al pasar de una escuela a otra y analizar las diferencias en rendimiento académico, asistencia y si terminan su educación.

¿Es el alumno o la alumna hispano/a, latino/a, o de origen español? Hispanos, latinos, o de origen español significa una persona cubana, mexicana, puertorriqueña, de América Central o del Sur o de otra cultura u origen español.

☐ SÍ – Hispano ☐ NO – No hispano

Para ciertos programas federales y estatales, el distrito debe informar el grupo racial de los alumnos. Marque **una o más** razas de los cinco grupos raciales:

☐ BLANCO: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, incluye España, África del Norte o Medio Oriente

☐ NEGRO: Una persona con orígenes en un grupo racial negro de África

☐ HAWAIANO NATIVO U OTROS ISLEÑOS DEL PACÍFICO: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa y otras islas del Pacífico.

☐ ASIÁTICO: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del lejano Oriente, sudeste asiático o el subcontinente indio que incluye, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

☐ PUEBLOS ORIGINARIOS DE AMÉRICA O ALASKA: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte y del Sur (incluye América Central), y que deriva de afiliación o conexión tribal. Por ejemplo, Cherokee, Mohawk, Inuit, Maya, Inca (pero no se limita a los enumerados)

ESTADO DE VIDA DEL ALUMNO O LA ALUMNA: Este cuestionario está diseñado para abordar la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. Las respuestas a esta información de residencia ayudan a determinar los servicios que los alumnos tienen derecho a recibir.

El alumno o la alumna que vive con:	☐ Padres (padre y madre) ☐ Padre ☐ Madre ☐ Padrastro o madrastra	☐ Abuelos ☐ Padres de acogida ☐ Otros

Su domicilio actual ¿es un arreglo de vivienda temporal? ☐ Sí ☐ No

¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de vivienda o penuria económica? ☐ Sí ☐ No

Si usted respondió sí a las preguntas anteriores, por favor responda a la pregunta siguiente. Si respondió NO, puede omitir la pregunta.

¿Dónde vive actualmente el alumno o la alumna?	☐ En un motel ☐ En un refugio ☐ Con más de una familia en una casa o apartamento	☐ Se muda de un lugar a otro ☐ En un lugar no diseñado como alojamiento para dormir, como ser un auto, parque o campamento

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ALUMNO O LA ALUMNA

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

Teléfono del hogar: (_____) _____ - _____

Domicilio físico (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Domicilio anterior: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN DE LA MADRE (llene la información del domicilio, sólo si es diferente de arriba)

Primer nombre de la madre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Idioma de correspondencia: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Ocupación: _____ Educación: _____

Estado o provincia de nacimiento: _____ País de nacimiento: _____

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE UTILIZARÁ PARA LAS COMUNICACIONES DE LA ESCUELA. ESTA ÁREA DEBE SER LLENADA, SÓLO SI ES DIFERENTE DE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ALUMNO O LA ALUMNA:

Domicilio (si es diferente de arriba): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del hogar: (_____) _____ - _____ | Teléfono del trabajo: (_____) _____ - _____ | Teléfono móvil: (_____) _____ - _____

¿Deberíamos enviar los informes y correspondencia de la escuela a esta dirección? ☐ Sí ☐ No

¿Qué número de teléfono se debe utilizar para la asistencia y otras comunicaciones de la escuela? ☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Móvil

INFORMACIÓN DEL PADRE (llene la información del domicilio, sólo si es diferente de arriba)

Primer nombre del padre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Idioma de correspondencia: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Ocupación: _____ Educación: _____

Estado o provincia de nacimiento: _____ País de nacimiento: _____

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE UTILIZARÁ PARA LAS COMUNICACIONES DE LA ESCUELA. ESTA ÁREA DEBE SER LLENADA, SÓLO SI ES DIFERENTE DE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ALUMNO O LA ALUMNA:

Domicilio (si es diferente de arriba): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del hogar: (_____) _____ - _____ | Teléfono del trabajo: (_____) _____ - _____ | Teléfono móvil: (_____) _____ - _____

¿Deberíamos enviar los informes y correspondencia de la escuela a esta dirección? ☐ Sí ☐ No

¿Qué número de teléfono se debe utilizar para asistencia y otras comunicaciones escolares? ☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Móvil

TUTOR U OTRA RELACIÓN

Nombre del tutor: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Idioma de correspondencia: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Ocupación: _____ Educación: _____

Estado o provincia de nacimiento: _____ País de nacimiento: _____

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE UTILIZARÁ PARA LAS COMUNICACIONES DE LA ESCUELA. ESTA ÁREA DEBE SER LLENADA, SÓLO SI ES DIFERENTE DE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ALUMNO O LA ALUMNA:

Domicilio actual: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del hogar: (_____) _____ - _____ | Teléfono del trabajo: (_____) _____ - _____ | Teléfono móvil: (_____) _____ - _____

¿Deberíamos enviar los informes y correspondencia de la escuela a esta dirección? ☐ Sí ☐ No

¿Qué número de teléfono se debe utilizar para asistencia y otras comunicaciones escolares? ☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Móvil

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN DE HERMANOS (enumere todos los hermanos que asisten a la escuela en el Distrito Escolar Central de Carmel)

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

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia 1: _____	Teléfono 1:(_____)_____ - _____	Móvil 1: (_____) _____ - _____
Nombre del contacto de emergencia 2: _____	Teléfono 2:(_____)_____ - _____	Móvil 2: (_____) _____ - _____
Nombre del médico de familia: _____	Teléfono:(_____)_____ - _____	Móvil: (_____) _____ - _____

INFORMACIÓN LEGAL (si corresponde)

¿Hay un plan de custodia o crianza conjunta en vigor? ☐ Sí ☐ No Si hay, los documentos legales se deben presentar a la escuela para que se cumplan.
¿Hay una orden de restricción en vigor? ☐ Sí ☐ No Si hay, los documentos legales se deben presentar a la escuela para que se cumplan.
La orden de restricción es contra: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Otro:

OTRA INFORMACIÓN PERTINENTE (si corresponde)

¿Tiene su hijo o hija un IEP (Plan educacional individualizado, por sus siglas en inglés)?	☐ Sí	☐ No	
¿Tiene su hijo o hija un Plan 504?	☐ Sí	☐ No	
¿Participó su hijo o hija en un programa de talentosos alguna vez?	☐ Sí	☐ No	
¿Ha sido su hijo o hija suspendido/expulsado de la escuela alguna vez?	☐ Sí	☐ No	
¿Es su hijo o hija un alumno o alumna que proviene de otro distrito?	☐ Sí	☐ No	
¿Ha recibido su hijo o hija comida gratis o a precio reducido en la escuela anterior?	☐ Sí	☐ No	
Desea inscribir a su alumno o alumna en:	☐ Escuela privada	☐ Distrito Escolar Central Carmel	☐ Instrucción en el hogar
¿Tiene su hijo o hija alergias?	☐ Sí	☐ No	
¿Toma algún medicamento su hijo o hija?	☐ Sí	☐ No	
¿Tiene alguna discapacidad física su hijo o hija?	☐ Sí	☐ No	

Toda la información dada en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela si alguna información cambia.

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

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

	Sí	No	No corresponde	Verificado por	Fecha
Comprobante de edad/certificado de nacimiento:	☐	☐	☐		
Comprobante de residencia (2 comprobantes obligatorios):	☐	☐	☐		
Formulario del expediente de salud debidamente llenado:	☐	☐	☐		
Presentó expedientes de vacunación:	☐	☐	☐		
Presentó formulario de cuidado de acogida:	☐	☐	☐		
Documentos legales del plan de custodia o crianza conjunta:	☐	☐	☐		
Documentos legales de la orden de restricción:	☐	☐	☐		

DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA

Las respuestas a estas preguntas se hacen conforme a las sanciones por falsa declaración al incluir el Distrito Escolar Central de Carmel para registrar al(los) alumno(s) o alumna que figura(n) a continuación como residente(s) del distrito escolar. Cualquier tergiversación lo someterá a posibles sanciones civiles y penales.

Este cuestionario lo deben llenar los padres del alumno/a o la persona con la que reside el alumno/a y lo tiene a su cuidado, tutela y control.

1. ¿Cómo se llama? _____
2. ¿Es usted residente del Distrito escolar Central de Carmel? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Cuál es su domicilio? _____

   _____
4. ¿Reside permanentemente en este domicilio? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Cuánto tiempo han vivido en este domicilio? _____
6. Si usted no reside permanentemente en el domicilio arriba indicado, ¿cuál es su domicilio?

   _____

   _____
7. ¿Cuándo piensa regresar a su domicilio permanente? _____
   MM/DD/AAAA
8. ¿Cuál es el nombre del alumno que desea inscribir? _____
9. ¿Qué edad tiene el alumno/a?_____
10. ¿Cuál es su relación con el alumno/a? ☐ Padre ☐ Madre ☐ Otra: _____
11. ¿Tiene cuidado permanente, tutela y control del alumno/a? ☐ Sí ☐ No
12. Si su respuesta a la pregunta anterior fue no, indicar por qué no tiene cuidado permanente, tutela y control del alumno/a:

    _____

    _____

    _____
13. ¿Reside con alguna otra persona el alumno/a? ☐ Sí ☐ No
14. ¿Si su respuesta a la pregunta anterior fue sí, con quién más reside el alumno/a y sobre qué base?

    _____

    _____

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

Firma: _____ Fecha: _____
MM/DD/AAAA

DECLARACIÓN JURADA DEL PROPIETARIO

En materia de investigación
De la situación de residencia de:

_____
(Nombre(s) del arrendatario/inquilino)

De acuerdo con la sección 3202 de la Ley de Educación

ESTADO DE NUEVA YORK)
) SS:
CONDADO DE PUTNAM)

_____, debidamente juramentado, depone y dice:
(Nombre del propietario)

1. Yo soy el dueño u oficial corporativo del dueño de la propiedad dentro del Distrito Escolar Central de Carmel ubicado en:

_____
(Domicilio de la propiedad)

2. He alquilado o arrendado la ocupación de los locales descritos anteriormente a:

_____ y la persona o personas que residen en las instalaciones son las siguientes:

1.	2.
3.	4.
5.	6.

Según mi leal saber e información, las personas nombradas anteriormente son residentes de las instalaciones descritas.

3. Las anteriores declaraciones son hechas por mí bajo pena de perjurio y en el conocimiento de que la información que he proporcionado será utilizada por el Distrito escolar Central de Carmel en la toma de decisiones basadas en la exactitud de mis afirmaciones.

_____
(Firma del propietario)

Jurado ante mí este
_____ día de _____, 20_____

_____
Notario Público
Aolrev.11/03

SOLICITUD DE ACCESO A LOS REGISTROS

Al Padre/Madre/Tutor de: Por favor llene la parte superior de este formulario y luego entréguelo a la escuela de su(s) hijo(s).

Escuela actual: _____

Domicilio de la escuela: _____

_____

Teléfono de la escuela anterior:_____Fax de la escuela anterior:_____

Yo, _____ doy mi permiso para que el distrito escolar Central de Carmel tenga acceso a los expedientes de mi(s) hijo(s).

Firma del padre, madre o tutor

A quien corresponda:

El(los) alumno(s) nombrado(s) a continuación han solicitado ingreso al Distrito Escolar Central de Carmel. Por favor, envíe los expedientes académicos, certificado no oficial, últimas libretas de calificaciones, resultados de exámenes estandarizados, laboratorios de ciencias (si corresponde), certificado de nacimiento, información de salud (vacunación y examen físico más reciente), documentos de tutela, registros de disciplina, Programa educacional individualizado (IEP, por sus siglas en inglés)/504, evaluaciones y pruebas (si corresponde) y/u otra información pertinente tales como pruebas psicológicas, etc.

Nombre del/a alumno/a: _____ Grado actual: _____

Nombre del/a alumno/a: _____ Grado actual: _____

Nombre del/a alumno/a: _____ Grado actual: _____

Gracias,
Registradora de la escuela

Por favor envíe por fax/correo electrónico a:
Marque la escuela a la que asistirá su hijo o hija:

☐ **KENT ELEMENTARY SCHOOL** 1091 Route 52 Carmel, NY 10512 T: (845) 225 - 5029 F: (845) 225 - 1849	☐ **KENT PRIMARY SCHOOL** 1065 Route 52 Carmel, NY 10512 T: (845) 225 - 5025 F: (845) 228 - 4824	☐ **MATTHEW PATERSON ELEMENTARY** 100 South Street Patterson, NY 12563 T: (845) 878 - 3211 F: (845) 878 - 3964

☐ **CARMEL HIGH SHOOL** 30 Fair Street Carmel, NY 10512 T: (845) 225 - 8441 F: (845) 228 - 2307	☐ **GEORGE FISCHER MIDDLE SCHOOL** 281 Fair Street Carmel, NY 10512 T: (845) 228 - 2300 F: (845) 228 - 2321

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE

Oficina del Supervisor

Teléfono: (845) 225 - 3200
Fax: (845) 225 - 5585

1099 Route 52
Carmel, NY 10512

Estimados Padres o Tutores:

El Departamento de Transporte del Distrito Escolar Central de Carmel está muy orgulloso de los servicios de transporte que brindamos a diario; por lo tanto, en un intento continuo de brindar los servicios más seguros y eficientes para sus hijos, requerimos que sus hijos se inscriban en el distrito escolar. También debe llenar los dos formularios adjuntos.

Todos los padres o tutores, incluyendo a los padres o tutores que solicitan servicios de transporte fuera del distrito primero deben registrarse en la correspondiente escuela local.

Si su hijo/a no está en la base de datos estudiantiles del Distrito Escolar Central de Carmel, no se brindarán servicios de transporte.

Adjunto encontrará dos formularios de solicitud de información que deben ser llenados y devueltos al Departamento de transporte.

Si usted tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con el departamento de transporte.

Atentamente,

Pat Payne
Supervisor de Transporte

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE
PROCEDIMIENTOS PARA EL TRANSPORTE ESCOLAR

Teléfono: (845) 225 - 3200
Fax: (845) 225 - 5585
Celular: (845) 222 - 6632

1099 Route 52
Carmel, NY 10512

Estimados Padres:

¡Bienvenidos al Distrito Escolar Central de Carmel! Nos complace transportar a su hijo o hija de ida y vuelta a la escuela este año. Estamos muy orgullosos de los antecedentes de seguridad de nuestro transporte escolar y de la profesionalidad de nuestro equipo de transporte.

Por favor ayúdenos a garantizar la seguridad de sus hijos siguiendo estos procedimientos simples pero importantes:

- Denles a sus hijos una mochila o bolsa de libros. Los papeles u otros artículos sueltos son peligrosos cuando los niños bajan del autobús.
- Revisen la ropa y la mochila de sus hijos para asegurarse de que no tienen cordones largos u otros elementos colgando. Estos objetos podrían engancharse en la puerta del transporte cuando sus hijos se bajan del mismo y quitarlos ayudará a garantizar su seguridad.
- Asegúrense de que sus hijos lleguen a la parada designada del transporte cinco (5) minutos antes de la hora de recogida establecida Los niños que llegan tarde el autobús pueden entrar en pánico y seguirlo o correr en la calle.
- Insistan en que sus hijos esperen el autobús de manera segura y ordenada lejos de la calle. Los problemas de comportamiento en la parada del transporte pueden crear condiciones peligrosas para los niños.
- Cuando llegue el transporte, su hijo/a debe esperar la señal de mano del conductor antes de subir en fila de a uno.
- Sus hijos deben sentarse en silencio durante el viaje de ida y vuelta a la escuela. Los problemas de comportamiento pueden distraer al conductor del transporte y provocar un accidente. Es importante que nuestros conductores puedan concentrarse en conducir el recorrido de manera segura. Si algo hace que sus hijos se sientan inseguros en la parada del transporte o en el transporte, comuníquese con nosotros al (845) 225-3200 en lugar de tratar de resolverlo a la parada del transporte.
- Por favor, lea los consejos de seguridad adjuntos "Zona de peligro" con sus hijos.

Estamos profundamente comprometidos con la seguridad de sus hijos y de los niños de nuestra comunidad.

Gracias.

Atentamente,

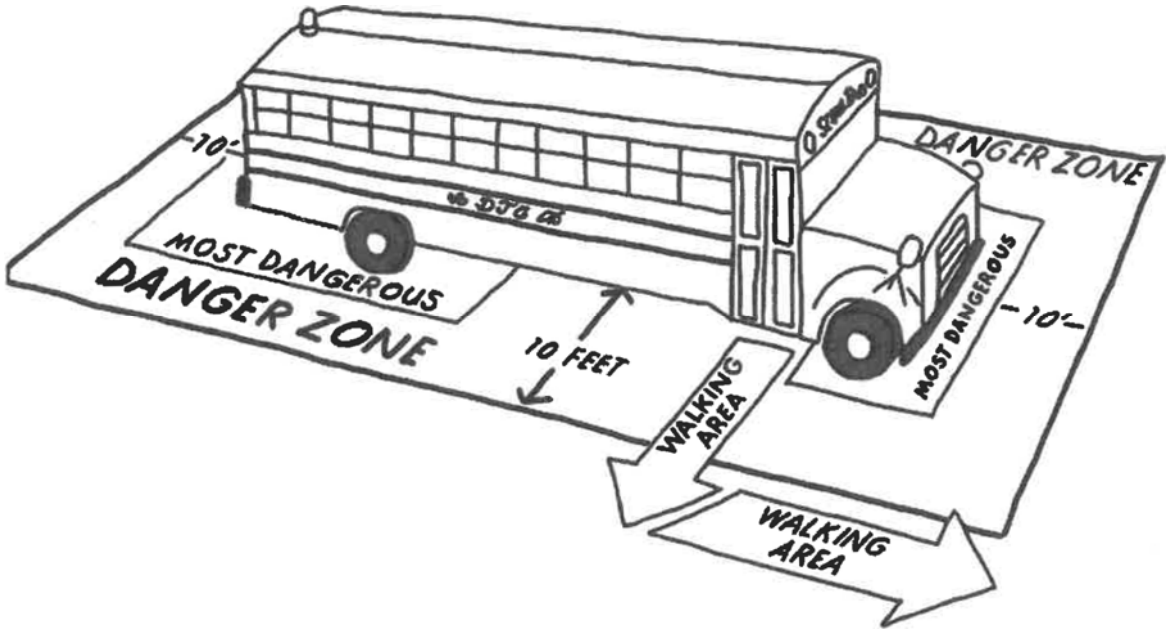
Pat Payne
Supervisor de Transporte

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE
CONSEJOS DE SEGURIDAD ZONA DE PELIGRO

¿Qué es la "zona de peligro"? Es el área que rodea al autobús donde es difícil ver a los niños. Queremos que sus hijos estén seguros cuando viajan de ida y vuelta a la escuela. Por favor ayúdenos haciendo lo siguiente:

1. Si sus hijos pierden el transporte en su parada regular, no lo siga hasta la siguiente parada y deje que sus hijos caminen/corra junto al transporte para subir. El conductor no puede ver a los alumnos en la zona de peligro, especialmente si está oscuro y posiblemente los chocaría cuando se retiren.
2. Lleven a sus alumnos a la parada siguiente (2 paradas más adelante de la parada) o llévelos directamente a la escuela.
3. Los niños deben mantenerse por lo menos a 10 pies de distancia del transporte hasta que comiencen a entrar. Los niños podrán ver al conductor y el conductor podrá verlos.
4. Si los niños cruzan la calle hacia el transporte, deben cruzar la calle 10 pies (cinco pasos gigantes) enfrente del transporte donde pueden ver al conductor y el conductor puede verlos a ellos.
5. Advierta a los niños que, si dejan caer algo, nunca deben levantarlo. En su lugar, deben decirle al conductor y seguir las instrucciones del conductor. Si se agachan para recoger un objeto que se les cayó, es posible que no puedan ver al conductor y que se lesionen si el conductor sale de la parada.
6. Recuerden a los niños que miren hacia su derecha antes de bajar del transporte. Los conductores de autos, en un apuro, a veces intentan pasar furtivamente en el lado derecho del transporte.
7. Enseñen a sus hijos a asegurar los cordones sueltos y otros objetos que puedan quedar atrapados en el pasamano o la puerta del transporte cuando estén bajando.

DANGER ZONE: ZONA DE PELIGRO
WALKING AREA: ÁREA PEATONAL
MOST DANGEROUS: LA MÁS PELIGROSA
10 FEET: 10 PIES



81 SOUTH STREET * PATTERSON, NY 845.878.2094 * PHONE 845.878.2566 * FAX 845.878.3964

FORMULARIO DE INFORMACIÓN PARA EL TRANSPORTE DE ALUMNOS

Se solicita su cooperación para llenar y devolver este "FORMULARIO DE INFORMACIÓN PARA EL TRANSPORTE DE ALUMNOS". El formulario está diseñado para proveer a este distrito escolar con la información adecuada para fines del recorrido, horarios, recogida y seguridad general de los alumnos. Cada alumno o alumna debe llenar un formulario aún si él o ella no va a tomar el transporte escolar. Una vez lleno y devuelto, este formulario se mantendrá en el archivo siempre que el alumno asista a la escuela y viva en el Distrito Escolar Central de Carmel. Por favor imprima el formulario una vez que lo llena.

NOMBRE DEL ALUMNO/A _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____
MM/DDAAAA

DOMICILIO POSTAL: _____

_____

TELÉFONO DEL HOGAR N°: (_____) _____ - _____

ESCUELA A LA QUE ASISTIRÁ SU HIJO/A _____ GRADO _____

NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR: _____

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE EMERGENCIA: (_____) _____ - _____

MARQUE LA CASILLA QUE CORRESPONDA:

☐ EL ALUMNO/A TOMARÁ EL TRANSPORTE ESCOLAR

☐ EL ALUMNO/A CAMINARÁ DE IDA Y VUELTA A LA ESCUELA

☐ EL ALUMNO/A CONDUCIRÁ O SERÁ CONDUCIDO DE IDA Y VUELTA A LA ESCUELA

UBICACIÓN DE LA PARADA DE TRANSPORTE ESCOLAR ESTABLECIDA MÁS CERCANA (SI SE CONOCE):
_____

_____

POR FAVOR DÉ EL NOMBRE DE LA INTERSECCIÓN DE CALLES MÁS CERCANA
_____

_____

NOTA: EL CUIDADO DE NIÑOS DEBE ESTAR EN LA MISMA ZONA DE ASISTENCIA QUE LA ESCUELA A LA QUE ASISTIRÁ EL ALUMNO/A.

SOLICITUD DE TRANSPORTE A/DESDE GUARDERÍAS

Departamento de Transporte
Oficina del Supervisor

Teléfono: (845) 225-3200
Fax: (845) 225-5585

1099 Route 52
Carmel, NY 10512

NOTA: Los formularios llenados deben presentarse al Departamento de transporte en el domicilio de arriba a más tardar el 1° de abril que precede al año escolar siguiente.

---EN IMPRENTA POR FAVOR---

AÑO ESCOLAR: _____ FECHA _____
MM/DD/AAAA

De acuerdo con la Ley de Educación 3635.1.e del Estado de Nueva York, los niños en los grados K-8 pueden transportarse desde la escuela a la que asisten legalmente a los lugares de cuidado infantil antes- y/o-después de la escuela, según las siguientes condiciones:

1. El padre, la madre o tutor legal del niño o la niña debe presentar la solicitud de transporte por escrito a más tardar el **1 de abril** anterior al próximo año escolar. Los nuevos residentes deben presentar su solicitud dentro de los 30 días.
1. La instalación de cuidado infantil desde o hacia la cual se solicita transporte debe estar dentro del distrito escolar y dentro del área de asistencia de la escuela a la que asistirá el niño o la niña.
2. La solicitud de transporte debe ser desde el mismo lugar todos los días por la mañana y al mismo lugar todos los días por la tarde. **No se puede permitir el transporte hacia y desde diferentes lugares, según el día de la semana.**

NOMBRE DEL ALUMNO/A: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
MM/DD/AAAA

GRADO: _____

DOMICILIO: _____
N° CASA / CASILLA DE CORREO CALLE PUEBLO/ CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL PADRE/LA MADRE/TUTOR: _____

TELÉFONO DEL HOGAR: (_____) _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: (_____) _____

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE EMERGENCIA: (_____) _____ - _____

LUGAR DESDE DONDE TRANSPORTAR A LA MAÑANA

LUGAR ASIGNADO PARA **RECOGER** EN LA GUARDERÍA/ NIÑERA**:** _____
NOMBRE DEL PROVEEDOR: _____ TELÉFONO N°: (_____) _____ - _____
CALLE MÁS CERCANA QUE CRUZAN LA DE RESIDENCIA: _____
ESCUELA A LA QUE ASISTE: _____

LUGAR A DONDE TRANSPORTAR A LA TARDE

ESCUELA A LA QUE ASISTE: _____
LUGAR ASIGNADO PARA **DEJAR** AL NIÑO PARA GUARDERÍA /NIÑERA**:** _____
NOMBRE DEL PROVEEDOR: _____ TELÉFONO N°: (_____) _____ - _____
CALLES QUE CRUZAN MÁS CERCANAS: _____

_____ _____
FIRMA DEL PADRE/LA MADRE/TUTOR: *DD/MM/AAAA*

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE

INFORMACIÓN MÉDICA PARA LA OFICINA DE TRANSPORTE

Estimados padres/tutores:

El Distrito Escolar Central de Carmel está dedicado a garantizar la seguridad de sus hijos. En un esfuerzo por dar a nuestro Departamento de transporte la información necesaria que necesitan si su hijo/a tiene una emergencia médica mientras viaja en el transporte escolar, pedimos que usted llene toda la siguiente información.

Si su hijo/a tiene una condición que le gustaría que el Departamento de transporte tenga en cuenta, por favor llene este formulario y devuélvalo a la oficina de la enfermera de la escuela a la que asiste su hijo/a.

Estos formularios serán revisados por la enfermera de la escuela y luego se compartirán con el Departamento de transporte, para que todo el personal de transporte necesario sea consciente de las necesidades médicas de su hijo/a. Tenga en cuenta que la información se mantendrá segura en la oficina del Departamento de transporte y es compartida con las personas que conducen o supervisan el transporte.

Nombre del/a alumno/a: _____

Escuela: _____

Grado: _____

Firma del padre o madre: _____

Fecha: _____

Información sobre su hijo/a que le gustaría compartir con el Departamento de transporte:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Adjuntar cualquier información adicional.

Atentamente,
Enfermeras del Distrito Escolar Central de Carmel

DEPARTAMENTO DE SERVICIO DE ALIMENTOS

Oficina del Director

Teléfono: (845) 878 - 2094
Fax: (845) 878 - 2568

81 South Street
Patterson, NY 12563

¡Bienvenidos a las escuelas de Carmel Central!

Nuestro programa de servicio de alimentos tiene un sistema automatizado de punto de venta (POS, por sus siglas en inglés) en todos los edificios de la escuela. Cada alumno/a tiene un número de identificación de alumno/a asignado al registrarse en nuestro distrito. Este número de identificación del alumno/a también se utiliza como su cafetería PIN #. Su hijo ingresará su número PIN en un teclado numérico ubicado en cada caja registradora cuando compre comidas y/o refrigerios. Espero que le resulte de utilidad la siguiente información para entender cómo funciona:

Al hacer un depósito en la cuenta de su hijo/a, asegúrese de tener dinero en efectivo o cheque (en cualquier cantidad) en un sobre marcado "Cafetería". Incluya en el exterior del sobre el nombre y el número PIN de su hijo/a.

Los depósitos pueden hacerse con una tarjeta de crédito/débito usando MySchoolBucks. Para registrarse para obtener una cuenta gratuita, vaya a www.MySchoolBucks.com.

Comentarios sobre cuentas - el sistema POS tiene la capacidad de poner un Comentario en la cuenta de su hijo/a. Esto se usaría si su hijo/a tiene alergia alimentaria, restricción en su dieta o si desea restringir las compras a la carta. Si el comentario se refiere a una alergia alimentaria, presente una nota de la oficina del médico y envíela a la oficina de la enfermera en la escuela de su hijo o hija. Si se trata de una restricción a las compras a la carta, consulte el Formulario de Restricción de la Cuenta de Almuerzo publicado en el sitio web de Food Services.

Seguimiento de las compras a la carta:
El sistema POS puede colocar restricciones en la cuenta de su hijo/a, sobre todo para las compras a la carta. Podemos colocar un comentario en la cuenta de su hijo/a que limita el gasto de compras a la carta a un día específico de la semana.

Otra información importante para recordar:

- Los alumnos NO PUEDEN usar la cuenta de otros alumnos. (es decir, hermanos, amigos, etc.)
- ¡Todavía se aceptan efectivo y cheques en las líneas del almuerzo!
- Las notas recordatorias de saldo bajo llegarán a su hogar una vez que la cuenta de su hijo/a sea menor de $5. El cajero entregará a su hijo/a la nota (solo edificios de primaria).
- Se requieren cheques separados para los hermanos en diferentes edificios. Los cheques pueden hacerse a nombre de CCSD Cafeteria Account.

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. Las escuelas de Carmel Central ofrecen comidas saludables todos los días escolares. Los niños de hogares que cumplen con las pautas federales de ingresos son elegibles para recibir comidas gratuitas o comidas a precio reducido. Las comidas a precio reducido le cuestan a cada alumno/a elegible 25¢ para el almuerzo y 25¢ para el desayuno.

Cómo solicitarlas

Para solicitar comidas gratuitas o a precio reducido para sus hijos, **llene cuidadosamente una Solicitud familiar para comidas escolares gratuitas o de precio reducido** para su hogar. Las solicitudes están disponibles en cada edificio de la escuela, en el calendario del distrito escolar o en el sitio web del distrito, www.carmelschools.org, en la pestaña Departments>Food Services>Free and Reduced. Los hogares que reciben SNAP, TANF o FDPIR pueden entrar un número de caso actual en su solicitud. El número de caso figura en su carta de beneficios. Una vez que se llenen, las solicitudes deben ser devueltas a Patrick Rodia, Director de Servicios de Alimentos, Carmel Central School District, 81 South Street, P.O. Box 296, Patterson, NY, 12563, o enviada por fax al 845-878-2568.

SOLICITUD DE RESTRICCIONES EN LA CUENTA DE ALMUERZO

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

1-Almuerzo diario solamente
2-Ninguna compra a la carta
3-Artículos a la carta permitidos los _____ (especificar el día de la semana)
4-No permitir una segunda comida
5-Segunda comida permitida los _____(especificar el día de la semana)

Almuerzo diario	El almuerzo diario incluye: • Un plato principal (contiene 2 onzas de proteína) • Dos porciones de fruta y/o vegetales (una porción de fruta puede ser un jugo de 4 onzas) • pan o rollo • 8 oz de leche
Artículos a la carta	Las opciones de meriendas varían de escuela a escuela según la edad, sin embargo, las meriendas comunes incluyen: • Chips al horno • Fruta • Yogur • Queso de hebras • Galletas • Helado • Bebidas artesanales Si desea que su hijo/a compre una merienda una vez por semana, indique un **día específico.** No podemos hacer cumplir una cantidad limitada de artículos a la carta comprados por día. Nuestro sistema informático no puede reconocer si se realizó una compra previa ese día.
Segunda comida	Los alumnos con dinero en su cuenta o efectivo pueden comprar una segunda comida.

No es necesario que devuelva este formulario, sin embargo, la ausencia de una nota indica que no hay limitaciones en las cuentas de sus hijos y se les permitirá comprar lo que elijan. Es importante que converse con su hijo/a sobre qué artículos y cuándo se le permite comprar algo en la cafetería.

NOMBRE DEL ALUMNO/A _____ GRADO: _____

ESCUELA: _____ OPCIÓN: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE: _____ **FECHA:** _____

NORMAS PARA CARGAR LAS CUENTAS

Las cuentas individuales de servicio de alimentos estudiantiles serán supervisadas de cerca cuando los alumnos compran las comidas. Para tratar de mantener a un mínimo el número de comidas que los alumnos entran en sus cuentas, se implementará la siguiente norma:

Escuela Secundaria de Carmel

Los alumnos NO podrán cargar comidas. Los alumnos que no pueden comprar una comida recibirán una comida nutricional básica basada en las pautas del Estado de Nueva York. El costo de esta comida será descontado de su cuenta. Esta práctica continuará hasta que se mantenga un saldo positivo en la cuenta.

Edificios de las escuelas Media George Fisher y Primarias

Los alumnos podrán poner en sus cuentas (3) tres comidas. Después de la tercera, el alumno/a recibirá una comida nutricional básica basada en las pautas del Estado de Nueva York. El costo de esta comida será deducido de su cuenta. Esta práctica continuará hasta que se paguen los costos y se mantenga un saldo positivo en la cuenta. Los alumnos no pueden poner en su cuenta comidas a la carta.

Se hará todo lo posible para notificar atiene las familias cuando el saldo de cuenta de un alumno/a está bajo.

Deuda morosa

Los costos de comida no pagados serán transferidos al final del año escolar (es decir, después del 30 de junio) ya que la deuda morosa y los esfuerzos de cobranza continuarán en el nuevo año escolar.

¡NUEVO!
Pague las comidas de los alumnos en línea

¡El Distrito Escolar Central de Carmel se complace en ofrecer **MySchoolBucks®!** Este servicio de pago en línea es una manera rápida y fácil de agregar dinero a la cuenta de comidas de su alumno/a utilizando una tarjeta de crédito/débito. ¡También puede ver las compras recientes, verificar saldos y configurar alertas de saldo bajo **GRATIS!**

MySchoolBucks ofrece:

- **Comodidad - ¡disponible 24/7 en la web** o con la aplicación **Mobil App** para su iPhone, Android o Windows!

- **Eficiencia -** realice pagos para todos sus alumnos, incluso si asisten a diferentes escuelas dentro del distrito. Elimine la necesidad de que sus alumnos lleven dinero a la escuela.
- **Control -** ¡configure alertas de saldo bajo, vea la actividad de la cuenta, pagos recurrentes/automáticos y más!
- **Flexibilidad -** realice pagos utilizando tarjetas de crédito/débito.
- **Seguridad -** MySchoolBucks se adhiere a los más altos estándares de seguridad, incluidos PCI y CISP.

¡La inscripción es fácil!
Ingrese a www.MySchoolBucks.com y regístrese para obtener una cuenta gratuita.

Recibirá un correo electrónico de confirmación con un enlace para activar su cuenta.
Agregue a sus alumnos usando el nombre de su escuela e identificación estudiantil.
Haga un pago a las cuentas de sus alumnos con su tarjeta de crédito/débito.
Habrá un cargo extra por membresía Tendrá la oportunidad de revisar cualquier tarifa y cancelarla si lo desea antes de que se le cobre.

Si usted tiene alguna pregunta, póngase en contacto con MySchoolBucks directamente:
parentsupport@myschoolbucks.com
1-855-832-5226
Visite myschoolbucks.com y haga clic en Ayuda/FAQ

Llame al Director de Servicios alimenticios de Distrito Escolar Central de Carmel Patrick Rodia al 845 878-2094, ext. 255

MY SCHOOL BUCKS

La Manera Sencilla de Pagar

POR LAS COMIDAS ESCOLARES

myschoolbucks.com

- Ver saldos de cuentas y las compras de comida
- Programar pagos automáticos
- Hacer pagos en cualquier hora y en cualquier lugar con la aplicación móvil

REGÍSTRATE TU CUENTA **GRATIS** EN

3 Pasos Fáciles!

1. Visitar **myschoolbucks.com**
2. Crear su cuenta
3. Pagar con su tarjeta de crédito / débito

¡Descarga nuestra aplicación **gratis** hoy!

81 SOUTH STREET * PATTERSON, NY 845.878.2094 * PHONE 845.878.2566 * FAX 845.878.3964

EL CENTRO DE ACCESO

Conectar Información Entre
Maestros, Padres, Estudiantes y Administradores de Escuelas

El Centro de acceso en el hogar permite a los padres/tutores supervisar diariamente el progreso de sus alumnos. El sistema podría incluir la siguiente información sobre sus alumnos:

- Información sobre la inscripción de los alumnos
- Información de contacto de emergencia de los tutores/padres
- Información de asistencia de los alumnos
- Tareas de clase de los alumnos/progreso (SÓLO PARA SECUNDARIA Y MEDIA)
- Progreso provisorio de alumnos-informes de 5 semanas (SÓLO SECUNDARIA)
- Libreta de calificaciones de los alumnos
- Expediente académico de los alumnos (SÓLO ESCUELA SECUNDARIA)
- Horario de los alumnos (SÓLO ESCUELA SECUNDARIA Y MEDIA)
- Solicitud de alumnos de materias para el próximo año (SÓLO SECUNDARIA)
- Comunicarse con los maestros a través del correo electrónico

Si es nuevo en el distrito y no recibió su información de inicio de sesión antes del comienzo del año escolar, comuníquese con Denise Douchkoff en ddouchko@ carmelschools.org o llámela al 845-878-2094 ext. 282.

Gracias,
Vineetha Joy
Director of Ed. Data Mgmt. & Assessment

NOTAS DE LAS ENFERMERAS

Nuestro objetivo es brindarles a sus hijos el entorno más saludable y seguro posible aquí en la escuela. Para lograr esto necesitamos su ayuda con lo siguiente.

EXÁMENES FÍSICOS:

Para el año escolar 2018-2019, se requiere un examen físico en los grados de kindergarten, primero, tercero, quinto, séptimo, noveno y undécimo, así como para los niños que son nuevos en el distrito. Es deseable que su propio médico realice el examen médico porque él/ella conoce mejor a su hijo/a. El médico de la escuela examinará automáticamente a los alumnos que no tengan el examen físico obligatorio para cumplir con la Ley de Educación del Estado de Nueva York. La enfermera de la escuela controla en la escuela el peso, la altura, la visión y la audición según lo reglamentado por las pautas del Estado de Nueva York. Los padres serán notificados rápidamente de cualquier problema encontrado durante un examen.

EXAMEN FÍSICO DEPORTIVO (SÓLO PARA DEPORTES INTERESCOLARES):

Si su hijo/a está interesado en participar en deportes interescolares para el Distrito Escolar Central de Carmel, nuestra pauta con respecto a dicha participación establece que su hijo debe hacerse un "examen físico deportivo". El Dr. Henry Rojas realiza dichos exámenes físicos, sin cargo, durante todo el verano y periódicamente durante el año escolar (generalmente justo antes de la temporada deportiva específica). Si su hijo/a está interesado, informe a su hijo/hija que se registre con la enfermera en su edificio para que se le dé hora para el examen físico deportivo. Si su hijo/a no aprovecha este servicio, para participar en un deporte interescolar, tendrá que llevarlo a la oficina del Dr. Rojas, por su cuenta. Se adjuntó un formulario de examen físico para su conveniencia. Para obtener más información sobre el procedimiento, llame a la enfermera de la escuela en el edificio específico de su hijo/a después de septiembre, o al Director de Atletismo al (845) 225 - 8441 x462 durante el verano.

Para los grados 9 a 12: (845) 225 – 8441 Ext. 424
Para los grados 7 y 8: (845) 228-2300 ext. 516
Para los grados 7 a 12 durante el verano: Oficina deportiva al (845)225-8441 ext. 462 o 460).

INMUNIZACIONES:

Cuando inscribe a su hijo/a por primera vez, se requiere un certificado de nacimiento y una constancia de inmunización. La constancia de inmunización debe incluir la fecha de todas las dosis, así como la firma del doctor o el sello de la clínica. **Consulte el calendario cronológico 2018-2019 de requisitos de inmunización del Estado de Nueva York para la entrada/asistencia escolar.**

El comprobante de inmunización debe estar en 1 de los 3 documentos enumerados a continuación:

1. Un certificado de inmunización firmado por su proveedor de salud
2. El Informe de constancia de Inmunización (NYSIIS o CIR de NYC) de su proveedor de salud o del departamento de salud de su condado.
3. Un informe de laboratorio de análisis de sangre (prueba titer) que comprueba que su hijo/a es inmune a las enfermedades
    - Para varicela, una nota de su proveedor de salud (médico, enfermera, asistente médico) que dice que su hijo/a tuvo varicela.

El Departamento de Salud Pública ofrece vacunación gratis todos los meses. Uno de los padres debe llamar al (845) 808-1332 para concertar una cita y también debe acompañar al niño/a a la clínica. Una vez que su hijo/a ha recibido las vacunas obligatorias, por favor notifique a la enfermera escolar adecuadamente.

Ha inscripto a su hijo o hija en _____. El Estado de Nueva York permite 14 días desde la fecha de inscripción para la presentación del comprobante de inmunización de los alumnos. Si la prueba no se presenta al final de ese tiempo, su hijo/a puede ser excluido de la escuela.

MEDICAMENTOS:

Si su hijo/a toma una medicación diariamente, o necesita tomar un medicamento específico "cuando sea necesario", como Tylenol, o un inhalador, la Ley de práctica de los enfermeros, artículo 139 - enfermería y disposiciones del título VIII de la ley de educación del Estado establecen que "las enfermeras escolares, los directores y otro personal de la escuela no pueden dispensar medicamentos internos sin la documentación adecuada." Si un/a niño/a necesita tomar medicamentos durante el día, se deben presentar las órdenes escritas por el médico y un «Formulario de Permiso para la Administración de Medicamentos» firmado por los padres. Dichos medicamentos deben ser entregados directamente por los padres a la enfermera de la escuela, en el envase original. Lo mismo se debe hacer para medicamentos de venta libre, como Tylenol o medicamentos para la tos.

DENTAL:

También solicitaremos un certificado dental . Hay un certificado modelo incluido para que usted lo lleve al dentista de su hijo y, cuando esté debidamente llenado, debe ser devuelto a la enfermera de la escuela, ya que se archivará en el expediente de salud de su hijo/a.

FORMULARIO DE EMERGENCIA MÉDICA:

Al principio del año escolar, se le pide a los padres que llenen un formulario de emergencia con la lista de los números de teléfono donde se los puede llamar durante la jornada escolar y dos números alternos para llamar en caso de que su hijo/a se enferme o se lesione en la escuela. Recuerde notificar a la escuela de cualquier cambio durante el año. También es una buena idea hacer los arreglos con alguien para que sea una persona de contacto para su hijo/a si usted debe salir de viaje por un tiempo determinado.

ACCIDENTE O ENFERMEDAD:

Los niños que se enfermen en la escuela serán enviados a la Oficina de la enfermera. Cuando la enfermera determina que el niño o niña no puede permanecer en la escuela, se llamará a los padres y se les pedirá que hagan arreglos para llevar al niño/a a su casa. En caso de emergencia, si uno de los padres no puede ser contactado o no puede recoger a un alumno/a, se llamará una ambulancia para que lo/a lleve al hospital.

Si su hijo/a tiene un problema de salud en particular, es esencial que usted lo trate con la enfermera de la escuela. En el caso de una enfermedad contagiosa como la varicela, o estreptococos en la garganta, es importante que la enfermera sea notificada. Igualmente importante, es que dichos padres reconozcan los síntomas de la enfermedad y actúen rápidamente para mantener el niño o niña enfermo/a en casa. Aun cuando un niño/a no está muy enfermo pero se siente molesto o no se siente bien, no puede participar bien en clase y, aún más importante, es una fuente de infección para sus compañeros de clase y maestros. Por favor no envíen a sus hijos a la escuela si tiene más de 100 grados de fiebre o con tos fuerte, erupción cutánea sospechosa u ojos enrojecidos y drenantes; tendrán que ser enviados de regreso al hogar Su hijo debe estar sin fiebre por 24 horas sin el uso de medicamentos como Tylenol para bajar la fiebre, antes de regresar a la escuela.

BUENOS HÁBITOS DE SALUD:

1. 11-12 horas de sueño para los *niños pequeños*; 8.5-9.25 horas de sueño *para adolescentes.*

2. Comer un desayuno equilibrado.
3. Tener el cuerpo, el cabello y la ropa limpios.
4. Lavarse las manos antes de las comidas y después de ir al baño.

5. Cubrirse la boca y la nariz al toser y estornudar.
6. Cepillarse los dientes regularmente.
7. Vestirse adecuadamente: protección contra la lluvia cuando llueve, ropa abrigada en invierno con botas los días de nieve.

Los niños salen todos los días de buen tiempo para el recreo. El aire fresco y el ejercicio son esenciales para una buena salud. Se requiere una nota del médico con un límite de tiempo y una razón para mantener a un niño/a adentro durante el recreo. Se puede hacer una excepción a esta regla cuando la enfermera de la escuela sabe que un niño/a acaba de regresar después de una enfermedad, lesión o procedimiento quirúrgico.

Por favor tenga esto como una referencia útil. Si alguna vez tiene alguna pregunta, no dude en llamar:

Escuela Primaria (Elementary) Kent Lynn Annunziato, RN 845-225-5029 Ext. 307/308	**Escuela Primaria Kent** Marian Breslin RN 845-225-5025 Ext. 345
Escuela Primaria Matthew Paterson Tina Herrera, RN 845-878-3211 Ext.274/273	**Escuela Media George Fischer** Carol Burns, RN y Nancy McCormack, RN 845-228-2300 Ext. 514/516
Escuela Secundaria de Carmel Nancy Mittelstadt, RN y Kristen Dandreano, R.N. 845-225-8441 Ext. 423	

RECUERDA – LOS NIÑOS SALUDABLES SON MEJORES ALUMNOS

FORMULARIO DE EXAMEN MÉDICO OBLIGATORIO PARA LAS ESCUELAS DEL ESTADO DE NUEVA YORK
DEBE SER LLENADO EN SU TOTALIDAD POR UN PROVEEDOR DE SALUD PRIVADO O DIRECTOR MÉDICO ESCOLAR

Nota: El NYSED (Departamento de Educación del Estado de Nueva York) exige que los alumnos nuevos y los que empiezan Pre-Kinder o K, 1, 3, 5, 7, 9 y 11 se sometan a un examen físico; anualmente para los deportes interescolares; y documentos de trabajo según sea necesario; o como lo pida el Comité de educación especial (CSE) o Comité de educación especial preescolar (CPSE).

INFORMACIÓN DEL/LA ALUMNO/A

Nombre:	Sexo: ☐M ☐F	Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado:	Fecha del examen:

HISTORIAL DE SALUD

Alergias ☐No ☐ Sí, indicar tipo	☐ Orden de medicamento/tratamiento adjunta ☐ Plan de atención de anafilaxia Adjunto ☐ Alimentos ☐ Insectos ☐ Látex ☐ Medicamentos ☐ Medio ambiente
Asma ☐No Sí, indicar tipo	☐ Orden de medicamento/tratamiento adjunta ☐ Plan de atención de asma adjunto ☐ Intermitente ☐ Persistente Otros: _____
Convulsiones☐ No Sí, indicar tipo	☐ Orden de medicamento/tratamiento adjunta ☐ Plan de atención de convulsiones adjunto ☐ Tipo: _____ ☐ Fecha de la última convulsión:
Diabetes ☐No ☐ Sí, indicar tipo	☐ Orden de medicamento/tratamiento adjunta ☐ Manejo médico de diabetes Plan adjunto ☐Tipo 1 ☐Tipo 2 ☐resultados de HbA1c:_____Fecha: _____

Factores de riesgo para la diabetes o prediabetes:

Considere evaluar el T2DM si tiene un BMI% (Índice de masa corporal) mayor que el 85% y tiene 2 o más factores de riesgo: Hx familiar T2DM, origen étnico, Sx resistencia a la insulina, Hx gestacional de la madre; y/o prediabetes.

BMI_____kg/m2 **Percentile (Weight Status Category):** ☐ <5th ☐ 5th-49th ☐ 50th-84th ☐ 85th-94th ☐ 95th-98th ☐ 99th

Hiperlipidemia: ☐ No ☐ Sí **Hipertensión** ☐ No ☐ Sí

EXAMEN FÍSICO/EVALUACIÓN

Altura: **Peso:** **PA:** **Pulso:** **Respiraciones:**

TESTS	Positivo	Negativo	Fecha
PPD / PRN	☐	☐	
Examen de detección de	☐	☐	
Nivel de plomo obligatorio en grados pre-K y K			**Fecha**
☐ Fecha del test ☐ plomo elevado ≥ 10 µg/dL			

Otras preocupaciones médicas pertinentes

Sólo uno funciona: ☐Ojo ☐Riñón ☐Testículo

☐ Conmoción – última vez: _____

☐ Salud mental: _____

☐ Otros:

☐ **Revisión del sistema y examen totalmente normales**

Marque los cuadrados de las evaluaciones que están *fuera* de los límites normales y anote abajo en Anomalías

☐ HEENT	☐ Ganglios linfáticos	☐ Abdomen	☐ Extremidades	☐ Habla
☐ Dental	☐ Cardiovascular	☐ Espalda/columna vertebral	☐ Piel	☐ Socio-emocional
☐ Cuello	☐ Pulmones	☐ Génito-urinario	☐ Neurológica	☐ Músculo-esquelético

☐ Evaluación/anomalías observadas/recomendaciones:

☐ Información adicional adjunta

Diagnósticos/problemas (enumere)	ICD-10 Code
_____	
_____	
_____	
_____	

Nombre:				Fecha de nacimiento:
EVALUACIONES				
Visión	**Derecho**	**Izquierdo**	**Remisión**	**Notas**
Agudeza visual a distancia:	20/	20/	☐ Sí ☐ No	
Agudeza visual lejana con lentes	20/	20/		
Visión - punto cercano	20/	20/		
Visión – Color ☐Pasa ☐No pasa				
Audición	**Derecho** dB	**Izquierdo**	**Remisión**	
Detección de tono puro			☐ Sí ☐ No	
Scoliosis Obligatorio para niños de Y niñas 5º y 7º grados	**Negativo** ☐	**Positivo** ☐	**Remisión** ☐ Sí ☐ No	
Grado de desviación:		Ángulo de rotación de tronco:		

Recomendaciones:

RECOMENDACIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN EDUCACIÓN FÍSICA/DEPORTES/JUEGOS/TRABAJO

☐ **Actividad completa** sin restricciones incluyendo educación física y deportes.

☐ **Restricciones/adaptaciones** Utilizar las categorías de deportes interescolares (abajo) para las restricciones o modificaciones

No deportes de contacto **Incluye**: béisbol, baloncesto, animadoras competitivas, hockey sobre césped, fútbol americano, hockey sobre hielo, lacrosse, fútbol, softbol, voleibol y lucha

No deportes sin contacto **Incluye:** tiro con arco, bádminton, bolos, esquí de fondo, esgrima, golf, gimnasia artística, tiro, esquí, natación y trampolín, tenis y atletismo

☐ **Otras restricciones:**

☐ **Etapa de desarrollo para el proceso de ubicación atlética SOLAMENTE**

7º y 8º grados para jugar a nivel secundaria **O** 9º a 12º grados para jugar deportes a nivel intermedia Alumno/a a:

Etapa de Tanner: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

☐ **Arreglos:** Use el espacio adicional para explicar

☐ Protector*/ortesis ☐ Colostomía* ☐Prótesis auditiva:

☐ Bomba de insulina/sensor de insulina * ☐ Dispositivo médico/prótesis *

☐ Marcapasos/desfibrilador *

☐ Equipo de protección ☐ Gafas de protección deportivas ☐ Otros:

*Consulte con el cuerpo atlético gobernante si es obligatoria la aprobación previa/formulario debidamente llenado para el uso del

Explique: _____

MEDICAMENTOS

☐ **Formulario de pedido de medicamento(s) necesario(s) en la escuela adjunto**

Lista de medicamentos que toma en la casa:		

VACUNAS

☐ Constancia adjunta ☐ En NYSIIS Recibido hoy: ☐ Sí ☐ No

PROVEEDOR DE SALUD

Firma del proveedor de salud:	**Fecha:**
Nombre del proveedor: *(en imprenta)*	Sello:
Dirección del proveedor:	
Teléfono:	
Fax:	

Por favor devuelva este formulario a la escuela de su hijo o hija cuando esté debidamente llenado.

HISTORIAL DE SALUD

NOMBRE DEL ALUMNO/A _____ GRADO: _____

Hay alguna otra información que le será útil a la enfermera en el cuidado de su hijo/a. Por favor llene el siguiente formulario y devuélvalo a la enfermera de su hijo/a.

Enfermedades que su hijo o hija tiene/tuvo:

Difteria ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es sí, fecha:
Poliomielitis ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es sí, fecha:
Sarampión alemán ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es sí, fecha:
Varicela ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es sí, fecha:
Fiebre reumática ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es sí, fecha:
Tuberculosis ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es sí, fecha:

Tos ferina ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es sí, fecha:
Sarampión ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es sí, fecha:
Paperas ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es sí, fecha:
Fiebre escarlata ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es sí, fecha:
Neumonía ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es sí, fecha:

Las condiciones de salud que tiene o ha tenido su hijo/a:

Asma ☐ No ☐ Sí
Enfermedad cardíaca ☐ No ☐ Sí
Afecciones del oído ☐ No ☐ Sí
Dolor de garganta frecuente ☐ No ☐ Sí
Convulsiones ☐ No ☐ Sí

Diabetes ☐ No ☐ Sí
Convulsiones ☐ No ☐ Sí
Resfriados frecuentes ☐ No ☐ Sí
Fiebre alta ☐ No ☐ Sí
Alergias (abejas, alimentos, medicamentos, etc.) ☐ No ☐ Sí

Si usted contestó **SÍ** a cualquiera de las anteriores, póngase en contacto con la enfermera de la escuela de su hijo/a para hablar de su condición.

Anteojos ☐ No ☐ Sí
Impedimento(s) físico(s) ☐ No ☐ Sí
Hospitalizaciones ☐ No ☐ Sí

Prótesis auditiva ☐ No ☐ Sí
Fracturas ☐ No ☐ Sí
Cirugías ☐ No ☐ Sí

Si usted contestó **SÍ** a fracturas y/o hospitalizaciones/cirugías, por favor dé más información junto con las fechas:

_____
_____
_____

Medicamento(s):

Nombre del medicamento:_____
Dónde se toma: ☐ Hogar ☐ Escuela ☐ Con qué frecuencia: _____

Nombre del medicamento:_____
Dónde se toma: ☐ Hogar ☐ Escuela ☐ Con qué frecuencia: _____

¿Hay alguna razón por la qué su hijo/a no debería participar en educación física? ☐ No ☐ Sí
Razón:_____

FIRMA DEL PADRE/MADRE: _____ **FECHA:** _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Fecha en que la escuela recibió el formulario:_____

Nombre del/a alumno/a:_____ Grado: _____
Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____

Para ser llenado por el médico o prescriptor/a autorizado/a:

Motivo de la medicación: _____
Nombre del medicamento: _____

Formulario de medicamento/tratamiento: ☐ Tableta/cápsula ☐ líquido ☐ Inhalador ☐ inyectable ☐ nebulizador ☐otras:

Instrucciones (horario y dosis que se dará en la escuela):_____
_____
Fecha de Inicio: ☐ Fecha en que se recibió el formulario ☐ otro: _____
Fecha en se deja de administrar: ☐ Fin de año escolar ☐ Otra fecha/duración: _____

Para sucesos episódicos/emergencia solamente:
Restricciones y/o efectos secundarios importantes: ☐ No previstos ☐ en caso afirmativo, describa:
_____

Requisitos de almacenamiento especiales: ☐ Ninguno ☐ refrigerar ☐ otro: _____
_____

Este alumno/a es capaz y responsable de la autoadministración de este medicamento:

TENGA EN CUENTA QUE TODOS los medicamentos controlados deben mantenerse y dispensarse en la enfermería
☐ No ☐ Sí-Supervisado ☐ Sí- sin supervisión **después de haber sido evaluado por la enfermera.**
El alumno o la alumna puede llevar este medicamento: ☐ No ☐ Sí
Por favor indicar si usted ha dado información adicional: ☐ En el reverso de este formulario ☐ como archivo adjunto

FIRMA: _____ **FECHA:** _____
SELLO (incluir domicilio, teléfono, nº de licencia)

A LA ESCUELA: Por favor informe toda preocupación acerca del medicamento o enfermedad al médico mencionado más arriba
Debe ser llenado por el/la padre/madre/tutor

Doy permiso para que (nombre del niño)_____ reciba la medicación arriba mencionada en la escuela
según las pautas estándares de la escuela.

** los padres o tutores deben llevar el medicamento a la enfermera de la escuela por los padres o tutores y deberán recogerlo al final del año escolar o será destruído **

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Relación:_____

Teléfono: _____ **Celular:** _____ **Trabajo:** _____

CERTIFICADO DE SALUD DENTAL DEL ESTADO DE NUEVA YORK (formulario D-2)

Padre/Madre/Tutor: La ley del estado de Nueva York (capítulo 281) permite que las escuelas soliciten un examen dental cuando los niños ingresan a la escuela y en los siguientes grados: K, 2, 4, 7 y 10. Su hijo/a puede tener un chequeo dental durante este año escolar para evaluar su aptitud para asistir a la escuela. Por favor llene la sección 1 y lleve el formulario a su dentista para una evaluación. Si su hijo/a tuvo un chequeo dental antes de que comenzara la escuela, pídale a su dentista que llene la sección 2. Devuelva el formulario al director médico de la escuela o la enfermera de la escuela tan pronto como sea posible.

SECCIÓN 1: SECCIÓN 1: DEBEN LLENARLA EL PADRE, MADRE O TUTOR (en imprenta)

Nombre del alumno o la alumna:

_____

Apellido Primer nombre Segundo nombre

Sexo:☐ masculino ☐ femenino Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ ¿Es la primera vez que su hijo/a va al dentista? ☐ Sí ☐ No

Mes Día Año

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____

¿Ha notado algún problema en la boca que interfiere con la capacidad de su hijo/a para masticar, hablar o concentrarse en las actividades escolares? ☐ Sí ☐ No

Entiendo que, al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que el niño o niña mencionado anteriormente reciba una evaluación básica de salud oral. Entiendo que esta es solo un medio limitado de evaluación para evaluar la salud dental del alumno/a, y que necesitaría obtener los servicios de un dentista para que mi hijo/a reciba un examen dental completo con radiografías si es necesario para mantener una buena salud oral.

También entiendo que recibir esta evaluación preliminar de salud oral no establece ninguna relación nueva, continua o que continuará como profesional-paciente. Además, no responsabilizaré al dentista o a los que realicen esta evaluación por las consecuencias o los resultados si elijo NO seguir las recomendaciones que figuran a continuación.

FIRMA DEL PADRE/MADRE: _____ **FECHA:** _____

SECCIÓN 2: PARA SER LLENADA POR EL DENTISTA

La condición de la salud dental de _____ del _____ (fecha de examen). La fecha del examen debe ser dentro de los 12 meses del inicio del año escolar en el cual se solicita. Marque uno:

☐ Sí, el alumno/a mencionado está en condiciones aptas de salud dental para permitir su asistencia a las escuelas públicas.

☐ No, el alumno/a mencionado no está en condiciones aptas de salud dental para permitir su asistencia a las escuelas públicas.

NOTA: No está en buenas condiciones de salud dental quiere decir que existe una condición que interfiere con la capacidad del alumno/a para masticar, hablar o concentrarse en actividades escolares, incluyendo dolor, hinchazón o infección relacionada con la evidencia clínica de caries abiertas. La designación de no estar en condición de salud dental para permitir la asistencia a la escuela pública no impide que el alumno/a asista a la escuela.

Nombre y dirección del dentista (en imprenta o sello)	Firma del dentista:

Secciones opcionales – si está de acuerdo con dar acceso a esta información a la escuela de su hijo/a, ☐ escriba sus iniciales aquí.

Estado de salud oral (marque todo lo que corresponde):

☐ Sí ☐ No	**Experiencia con Caries / Antecedentes de Restauración -** ¿Ha tenido el niño/a alguna vez caries (tratada o no tratada)? [Un relleno (temporal/permanente) O un diente que falta porque se extrajo como resultado de caries O una cavidad abierta].
☐ Sí ☐ No	**Caries no tratadas -** este niño/a ¿tiene una caries abierta? [Por lo menos 1/2mm de pérdida de la estructura del diente en la superficie del esmalte. Coloración de marrón a marrón oscura de las paredes de la lesión. Estos criterios se refieren tanto a las lesiones con hoyos y fisuras con cavidad como a las de las superficies lisas del diente. Si la raíz esta retenida, dar por sentado que el diente entero fue destruido por la caries. Dientes rotos o astillados, además de los dientes con rellenos temporales, se consideran sanos a menos que también este presente una lesión cavitada].
☐ Sí ☐ No	**Los selladores dentales presentan**

Otros problemas (especifique):

_____

III. Necesidades de tratamiento (marcar todo lo que corresponde):

☐ No hay un problema obvio. Se recomienda el cuidado dental rutinario. Visite a su dentista regularmente.

☐ puede necesitar tratamiento dental. Por favor hacer una cita con su dentista tan pronto como sea posible para una evaluación.

☐ Se requiere tratamiento dental Inmediato. Por favor haga una cita inmediatamente con su dentista para evitar problemas.

CARMEL CENTRAL SCHOOL DISTRICT

81 SOUTH STREET, P.O. BOX 296
PATTERSON, NEW YORK 12563

Estimados Padres:

Nuestro distrito escolar está interesado en todos los aspectos del desarrollo de sus hijos. Para asegurarse de que la salud física de sus hijos esté supervisada, el Estado de Nueva York requiere que cada niño en los grados **kindergarten, primero, tercero, quinto, séptimo, noveno y undécimo** y los que ingresan se sometan a un examen físico. El médico de su familia está mejor informado/a sobre la salud de sus hijos, por lo tanto, los alentamos a que se lo haga con él/ella. Si no tiene un médico de familia o prefiere que el examen se realice en la escuela, haremos los arreglos para que sus hijos sean examinados por nuestro médico escolar.

Si sus hijos están en alguno de los grados mencionados anteriormente, llene el siguiente formulario con sus preferencias y devuélvalo a la enfermera escolar en el edificio de sus hijos a más tardar el 15 de septiembre.

Si elige que el médico sus hijos realice el examen físico, una vez realizado devuelva el formulario de examen físico adjunto a la escuela a más tardar el 1° de noviembre.

Su cooperación en este asunto es muy apreciada.

Atentamente,

Eric M. Stark
Asistente Superintendente de negocios

PREFERENCIA DE LOS PADRES PARA EL EXAMEN FÍSICO DEL NIÑO/A

Nombre del niño o la niña: _____ Grado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Maestro/a: _____

Quiero que el examen físico de mi hijo/a lo haga: (marque uno)

_____ El médico de la escuela
_____ El médico de mis hijos
Nombre del médico: _____
Fecha de la cita, si ya la ha hecho: _____

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

Año escolar 2018-19
Requisitos de vacunación del estado de Nueva York para poder inscribirse y asistir a la escuela[1]

Vacunas	Prekindergarten (guardería, Head Start, jardín de infantes o Pre-k)	Kindergarten y 1.º, 2.º, 3.º y 4.º grados	5.º grado	6.º, 7.º, 8.º, 9.º y 10.º grados	11.º y 12.º grados
Vacuna que contiene los toxoides tetánico y diftérico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td)[2]	**4 dosis**	**5 dosis** **o 4 dosis** si la 4.ª dosis se administró a los 4 años de edad o más o **3 dosis** si tiene 7 años de edad y si la serie empezó cuando tenía 1 año de edad o más		**3 dosis**	
Vacuna que contiene los toxoides diftérico y tetánico y refuerzo de la vacuna contra la tos ferina (Tdap)[2]	**No corresponde**			**1 dosis**	
Vacuna antipoliomielítica (IPV/OPV)[4]	**3 dosis**	**4 dosis** **o 3 dosis** si la 3.ª dosis se administró a los 4 años de edad o más	**3 dosis**	**4 dosis** **o 3 dosis** si la 3.ª dosis se administró a los 4 años de edad o más	**3 dosis**
Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR)[5]	**1 dosis**	**2 dosis**			
Vacuna contra la hepatitis B[6]	**3 dosis**	**3 dosis** **o 2 dosis** de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) para niños que recibieron las dosis en intervalos de por lo menos 4 meses entre los 11 y 15 años			
Vacuna contra la varicela[7]	**1 dosis**	**2 dosis**	**1 dosis**	**2 dosis**	**1 dosis**
Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY)[8]	**No corresponde**			**7.º, 8.º y 9.º grados** **1 dosis**	**12º grado:** **2 dosis** **o 1 dosis** si la dosis se administró a los 16 años de edad o más
Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib)[9]	**1 a 4 dosis**	**No corresponde**			
Vacuna conjugada contra el neumococo (PCV)[10]	**1 a 4 dosis**	**No corresponde**			

DEPARTAMENTO DE DEPORTES

Susan Dullea
Directora de salud, educación física y deportes

Para: los Alumnos nuevos de la Escuela Secundaria de Carmel

Ref: Translado y Elegibilidad para Deportes

Instrucciones: Llene nuestra PRIMERA PARTE de la Hoja de notificación de traslado. Por favor, también llene la TERCERA PARTE de Traslado del Historial Deportivo del alumno/a. Una vez que haya llenado la PÁGINA UNO/PRIMERA PARTE y PÁGINA DOS/TERCERA PARTE, devuélvalas a la registradora de la escuela secundaria CUANTO ANTES. Los alumnos nuevos no pueden participar en ningún equipo de deportes de Carmel sin la aprobación de la sección, por lo tanto, este formulario debe llenarse tan pronto como sea posible.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarme al 845-225-8441 ext. 460.

Atentamente,

Susan E. Dullea
Directora de Salud, Educación Física y Deportes
Distrito Escolar Central Carmel

LISTA DE DEPORTES

DEPORTES DE OTOÑO		DEPORTES DE INVIERNO		DEPORTES DE PRIMAVERA	
DE MUJERES	**DE VARONES**	**DE MUJERES**	**DE VARONES**	**DE MUJERES**	**DE VARONES**
Hockey sobre césped	Fútbol americano	Básquetbol	Básquetbol	Golf	Golf
de fondo	de fondo	Pista	Pista	Pista	Pista
Fútbol	Fútbol	Gimnasia artística	Hockey sobre hielo	Softbol	Béisbol
Tenis		Animadoras	Lucha		Tenis
Voleibol		Esquí	Esquí		
Animadoras		Bowling	Bowling		

Las fechas de inicio para cada sesión figuran en el calendario escolar anual.

POR FAVOR LLENE SÓLO SI EL ALUMNO O LA ALUMNA PARTICIPARÁ EN DEPORTES.
SE REMITIRÁ AL DIRECTOR ATLÉTICO.

TRANSLADO DE ALUMNOS NUEVOS

Fecha de inscripción: _____

Nombre del alumno/a: _____

Grado: _____**Fecha de nacimiento:** _____**Fecha de ingreso a 9º grado:**_____

Última escuela a la que asistió: _____

Domicilio de la escuela: _____
_____

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Domicilio nuevo: _____
_____

Previo domicilio: _____
_____

Si no hay cambio de domicilio, razón por el traslado: _____
_____

Si corresponde, deportes jugados en la escuela previa:

DEPORTE DE OTOÑO ☐ V ☐ JV ☐ 9°: _____

DEPORTE DE INVIERNO ☐ V ☐ JV ☐ 9°: _____

DEPORTE DE PRIMAVERA ☐ V ☐ JV ☐ 9°: _____

DE: Oficina de orientación **FECHA:** _____

NOTIFICACIÓN DE TRANSLADO

Este formulario debe llenarse para todos los alumnos que se han trasladado y debe enviarse a:

AL RECIBIR LA PRIMERA PARTE EN LA OFICINA DE LA SECCIÓN, ***EL ALUMNO/A ES ELEGIBLE PARA ENTRENARSE; PERO NO PUEDE PARTICIPAR EN UN COMPETENCIA HASTA QUE SEA APROBADO POR LA SECCIÓN.***

Marque uno: ***(Se debe adjuntar la documentación de apoyo obligatoria).***

_____ **Solicitud de exención** financiera: Requiere prueba documentada de una importante pérdida de ingresos o un aumento significativo en los gastos. O Salud y seguridad: Documentación escrita del Superintendente de Escuelas o del Director de Secundaria de la escuela que envía indicando las circunstancias específicas que obligaron el traslado y debe ir acompañada de la documentación de apoyo (es decir, informe policial, informe DASA [Ley de la Dignidad para todos los alumnos, por sus siglas en inglés], etc.)

_____ **Regreso al Distrito Escolar de Residencia (RSDR)** (sin cambio de residencia. Cambio de inscripción escolar solamente). El alumno/a regresa a una escuela dentro de los límites del distrito por su cuenta

_____ **Padres Divorciados/Separados Legalmente** un alumno/a de padres divorciados o legalmente separados que se muda a un nuevo distrito escolar con uno de los padres antes mencionados está exento siempre que ocurra una vez cada seis meses. El acuerdo de separación legal debe abordar la custodia, la manutención de los hijos, el apoyo de los cónyuges y la distribución de los bienes, y debe presentarse ante el Secretario del condado o emitirse por un Juez.

_____ **Alumno/a sin techo** declarado sin techo por el Superintendente bajo la legislación McKinney-Vento [NYSED 100.2].lumno/alumno/a **sin techo** declarado sin techo por el Superintendente bajo la legislación McKinney-Vento [NYSED 100.2].

_____ **Cambio de residencia** la norma de traslado / residencia de NYSPHSAA (Asociación de Deportes de Escuelas Públicas del Estado de Nueva York, por sus siglas en inglés) establece: Consulte los Estándares de elegibilidad y estatuto nº 30. (Una residencia se cambia cuando una se abandona y otra se establece por acción e intención. La residencia requiere la presencia física de uno como un habitante y la intención de permanecer indefinidamente. El mero alquiler de la propiedad dentro del Distrito no confiere residencia. **El Superintendente determina la residencia para la inscripción, pero este requisito más restrictivo es necesario para la elegibilidad deportiva según las reglamentaciones de NYSPHSAA.**

_____ ***Otra exención de traslado:*** _____

Al firmar este documento doy fe de que nuestra residencia anterior ha sido abandonada por la familia inmediata y nuestra residencia actual se ha establecido a través de la acción y la intención. Doy fe de que la familia inmediata residirá físicamente en nuestra dirección actual como habitantes y tiene la intención de permanecer indefinidamente. Doy fe de que el alumno/a se ha trasladado sin incentivo, reclutamiento o haber buscado una ventaja deportiva o para evitar la disciplina en la escuela de envío.

Firma del padre/la madre: _____ **Fecha:** _____

Nombre de padre/madre en imprenta: _____

PRIMERA PARTE

DEBE SER LLENADO POR LA ESCUELA QUE RECIBE AL ALUMNO/A

Escuela que recibe CARMEL CSD Nombre del alumno/a: _____

Fecha del traslado: _____Fecha de nacimiento:_____Nivel de grado: _____ Fecha de ingreso a 9° Grado: _____

Domicilio previo de Alumno/a/Familia: _____

Domicilio presente de Alumno/a/Familia:_____

Nombres de los padres y domicilio(s) actual(es):

(Nombre y dirección de la madre): _____

(Nombre y domicilio del padre): _____

Nombre de la escuela de envío: _____

¿Participó el alumno/a en deportes en la escuela de envío? ☐ Sí ☐ No

El que suscribe certifica por la presente que el alumno nombrado en este documento ha sido trasladado a su escuela actual sin incentivo, reclutamiento o haber buscado una ventaja deportiva o para evitar la disciplina en la escuela de envío. La administración de la escuela que recibe es responsable de la verificación de estos y otros requisitos de elegibilidad.

Firma del Superintendente: _____ Fecha: _____

Firma del director: _____ Fecha: _____

Firma del Director de deportes: _____ Fecha: _____

SEGUNDA PARTE DEBE SER LLENADA **POR LA ESCUELA A LA QUE EL ALUMNO/A ASISTIÓ ANTERIORMENTE** Y DEVUELTA A LA ESCUELA

Nombre del/a alumno/a: _____ Fecha de ingreso a 9 º grado: _____

¿El alumno/a repitió algún grado? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuáles? _____

Nombre de la escuela a la que asistió antes del la translado: _____

Fecha de entrada a esta escuela: _____ Fecha en que se retiró de esta escuela: _____

Domicilio del alumno/a mientras asistía a la escuela anterior: _____

¿Con quién residía el alumno/a en este domicilio (nombre)? _____

Relación con esta (estas) persona(s) _____

TERCERA PARTE - HISTORIAL DE DEPORTE DEL ALUMNO/A QUE SE TRASLADA (por favor incluya todos los deportes en que el alumno/a participó).

	Año	**Deporte**	**Nivel**	**SOLICITÓ (clas. Sel.)**	**Escuela**
7º grado:				☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No	
8º grado				☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No	
9º grado					
10° grado					
11º grado					
12º grado					

Los que suscriben no tienen conocimiento de que el alumno/a nombrado en este documento se haya trasladado a su escuela actual con incentivo, reclutamiento o haber buscado una ventaja deportiva o para evitar la disciplina en la escuela de envío.

Firma del Superintendente: _____ Fecha: _____

Firma del director: _____ Fecha: _____

Firma del Director de deportes: _____ Fecha: _____

Revisado: 4/2016

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

Lissette Colon-Collins, Assistant Commissioner
Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Cuestionario de Idioma del Hogar ("HLQ" por sus siglas en inglés)

Estimados padres o tutores:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas.
Gracias.

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

Nombre *Segundo nombre* *Apellido*

FECHA DE NACIMIENTO:

Mes *Día* *Año*

GÉNERO:

❑ Masculino
❑ Femenino

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL

Apellido *Primer Nombre* *Relación con el estudiante*

CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR

Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

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

TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

District Name (Number) & School *Address*

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

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 ("IEP" por sus siglas en inglés)? ❑ No ❑ Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?
(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

_____

_____

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

_____ Mes: Día: Año: _____

Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal *Date*

Relación con el estudiante: ❑ Madre ❑ 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:

CARMEL CENTRAL SCHOOL DISTRICT

Perfil de los Graduados

Razonamiento analítico
- Analiza y sintetiza información
- Utiliza razonamiento divergente
- Practica la auto-reflexión

Ciudadanía
- Demuestra responsabilidad y orgullo cívicos
- Abraza la diversidad
- Se involucra en la comunidad

Colaboración
- Trabaja productivamente con otros
- Desarrolla asociaciones
- Navega entornos sociales

Comunicación
- Escucha activamente y habla
- Expresa ideas y conocimientos
- Practica la responsabilidad digital

Compasión
- Considera los puntos de vista de los demás
- Demuestra empatía
- Expresa amabilidad

Creatividad
- Explora oportunidades artísticas
- Identifica y sigue lo que lo/la apasiona
- Piensa de manera innovadora

Cultivando Oportunidades

EN EL 2021, CADA ALUMNO/A VA A ESTAR PARTICIPANDO EN LA TOMA DE DECISIONES ADECUADAS QUE DEMUESTRAN COMPRENSIÓN Y EMPATÍA HACIA LOS DEMÁS.

EN EL 2021, LOS ALUMNOS FIJARÁN Y SE ENCAMINARÁN PROACTIVAMENTE A ALCANZAR METAS DESAFIANTES.

81 SOUTH STREET * PATTERSON, NY 845.878.2094 * PHONE 845.878.2566 * FAX 845.878.3964