



Prueba de Residencia – Lista de Verificación por la matriculación requerida

1 Parte – Propiedad o Alquilado – Uno de las siguientes

- Documento de compraventa
- Contrato
- Cuenta de impuesto a la propiedad

Arrendatarios

- El arriendo autenticado corriente (por al mínimo un año) ** Arriendo debe ser autenticado **

2 Parte – Documentación adicional – Dos facturas de servicios públicos de **dos utilidades diferentes**. (eléctrica, por cable, o por teléfono terrestre)

- Factura de Servicio
- Factura de Servicio

3 Parte – Licencia para conducir

- Debe tener una licencia valida con dirección actual dentro de los límites del distrito escolar de Port Jefferson. (Uno para cada padre y/o tutor)

Prueba de edad

- Acta de nacimiento/Pasaporte valido

Expediente Académico

- Expediente académico del año actual y Boletín

Si necesario:

- Documentos de custodia
-

La solicitud de matriculación – Imprima y complete un paquete para cada hijo

- Formulario de idioma
- Solicitud de matriculación con cuestionario de personas sin hogar
- Formulario de declaración de residencia (*se firma cuando se matricula*)
- Cuestionario académico
- Formulario por la solicitud de crónica (documentos)
- Formulario de la historia de salud elemental
- (Pre K – 5) Certificado de Salud/ formulario de evaluación
- (6 – 12) Formulario del examen físico (Completado y firmado por el médico)
- Certificado de inmunización (completado y firmado por el médico)
- La Carta de Reconocimiento del Padre/tutor de inmunización (sólo si el certificado de inmunización está retrasado)
- Cuestionario de idioma del hogar – (para ser completado con el personal de la escuela)



Jessica Schmettan
Superintendent of Schools

Robert Neidig
Assistant Superintendent
Curriculum and Instruction

MODEL ENROLLMENT FORM - RESIDENCY QUESTIONNAIRE

Name of LEA: Port Jefferson UFSD #6

Name of School: _____

Name of Student: _____
Last First Middle

Gender: Male Date of Birth: _____ / _____ / _____ Grade: _____ ID#: _____
 Female Month Day Year (preschool-12) (optional)
 Non binary

Address: _____ Phone: _____

The answer you give below will help the district determine what services you or your child may be able to receive under the McKinney-Vento Act. Students who are protected under the McKinney-Vento Act are entitled to immediate enrollment in school even if they don't have the documents normally needed, such as proof of residency, school records, immunization records, or birth certificate. Students who are protected under the McKinney-Vento Act may also be entitled to free transportation and other services.

Where is the student currently living? (Please check one box.)

- In a shelter
- With another family or other person because of loss of housing or as a result of economic hardship (sometimes referred to as "doubled-up")
- In a hotel/motel
- In a car, park, bus, train, or campsite
- Other temporary living situation (Please describe): _____
- In permanent housing

Print name of Parent, Guardian, or
Student (for unaccompanied homeless youth)

Signature of Parent, Guardian, or
Student (for unaccompanied homeless youth)

Date

If you have answered yes to any of the above questions, please contact Traci McGlynn at 631-791-4291 for assistance with this registration.



Jessica Schmettan
 Superintendent of Schools

Amy Laverty
 Building Principal

PREFERENCIA DE IDIOMA

Queridos padres o tutores,

Nos gustaría saber sus preferencias de idioma cuando se recibe información importante de la escuela. Aunque no siempre está posible proporcionar servicios de traducción e interpretación en todos los idiomas, su asistencia para responder a las siguientes preguntas, es muy apreciado.

1. ¿En qué idioma te gustaría recibir información escrita de la escuela?

المدرسة؟ من المكتوبة المعلومات استلام تود لغة بأي

˘ <zj t_ tK wjwLZ Z_˘ Avcwb tKvb fvlvq tctZ Pvb?

您希望從學校收到哪種語言的書面資訊？

Nan ki lang ou ta renmen lekòl la voye enfòmasyon ba w?

어떤 언어로 쓰여진 가정통신문을 학교로부터 받기 원하십니까?

На каком языке Вы предпочитаете получать письменную информацию из школы?

¿En qué idioma desearía recibir la información por escrito que envía la escuela?

(Э м ѳηΚαϳ αλδμ ρέαϙ ΖακτKhκ ἄδNδca ѳηκ Ιαϳ: εμ εέ Gtjē/ u*

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> English | <input type="checkbox"/> Haitian Creole / Kreyòl Ayisyen | <input type="checkbox"/> Urdu / اردو |
| <input type="checkbox"/> Arabic / العربية | <input type="checkbox"/> Korean / 한국어 | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Bengali / evsjv | <input type="checkbox"/> Russian / Русский | |
| <input type="checkbox"/> Chinese / 中文 | <input type="checkbox"/> Spanish / Español | |

2. ¿En qué idioma prefiere comunicarse verbalmente con el personal de la escuela?

المدرسة؟ موظفي مع شفهيأ الاتصال تفضل لغة بأي

˘ <zjKg@x†`i mv†_ tKvb fvlvq Avcwb tGŠwLK thvMv†hvm ivL†Z cQ˘` K†ib?

您希望以哪種語言與學校員工進行口頭溝通？

Ki lang ou ta pi pito pale pou w kominike avèk pèsonèl lekòl la?

어떤 언어로 학교 선생님과 대화를 나누고자 하십니까?

На каком языке Вы предпочитаете общаться устно с сотрудниками школы?

¿En qué idioma preferiría comunicarse verbalmente con el personal de la escuela?

(Э м ѳη7 εηéda tμ ελδμ tν ἄτμ ѳηκ Ιαϳ: εμ εέ εKΛH εμ Gtjē/ u*

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> English | <input type="checkbox"/> Mandarin / 普通話 | <input type="checkbox"/> Spanish / Español |
| <input type="checkbox"/> Arabic / العربية | <input type="checkbox"/> Haitian Creole / Kreyòl Ayisyen | <input type="checkbox"/> Urdu / اردو |
| <input type="checkbox"/> Bengali / evsjv | <input type="checkbox"/> Korean / 한국어 | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Cantonese / 廣東話 | <input type="checkbox"/> Russian / Русский | |

Nombre de los padres/ tutores: _____

الأمر (ة)ولي/ (ة)الوالد اسم • wcZvgvZv/Awffve†Ki bvg • 家長/監護人姓名 • Non Paran/Gadyen • 학부모/보호자 성명
 Имя и фамилия родителя или опекуна • Nombre de uno de los padres o tutores • HαL αμ Ἀέδ\$δĒ / íNđj/K

Nombre del estudiante: _____

التلميذ اسم • wk†v_©xi bvg • 學生姓名 • Non elèv la • 학생 이름 • Nombre y apellido del estudiante
 نام کا طالبعلم • Имя и фамилия учащегося

PORT JEFFERSON SCHOOL DISTRICT Registration Application Form

Edna Louise Spear Elementary School
500 Scraggy Hill Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Port Jefferson Middle School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Earl L. Vandermeulen High School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Fecha: _____

Nombre del estudiante (Apellido, Nombre, Otro nombre)

Fecha de Nacimiento

_____ Grado: _____ M F _____

Dirección: _____ Número de teléfono _____

Otros hermanos en la casa:

_____ Edad: _____ Grado: _____ M F _____

_____ Edad: _____ Grado: _____ M F _____

Does your child have?
IEP ___ 504 ___

Has your child been
evaluated at the preschool
level? _____

Lease Own
Lease expiration

****Please provide current
lease upon expiration****

CUSTODIA:

¿Su niño vive con los dos padres? Sí No ¿Si no, quién tiene custodia? Madre Padre Compartida Otro _____

La siguiente información también será usada para nuestro sistema de notificación escolar, el Mensajero de la escuela.

Sra. Srta. Dr. La dirección de correo electrónico: _____

Nombre del padre/ tutor 1: _____ Parienta: _____

Dirección (si es diferente): _____ Numero celular: _____

Nombre del empleador: _____ Ocupación _____

Dirección de trabajo: _____ Número de teléfono del trabajo: _____

Sr. Dr. La dirección de correo electrónico: _____

Nombre del padre/ tutor 1: _____ Parienta: _____

Dirección (si es diferente): _____ Numero celular: _____

Nombre del empleador: _____ Ocupación _____

Dirección de trabajo: _____ Número de teléfono del trabajo: _____

Todos los estudiantes entre 5 y 21 años de edad tienen derecho a una educación pública gratuita. Los niños no pueden ser denegado el ingreso por motivos de raza, color, credo u origen nacional, sexo, nacionalidad, condición impeditiva, o estado de inmigración.

Etnicidad (escoja uno):

Raza (escoja uno):

- Hispano, Latino o de origen español
- No hispano, Latino o de origen español

- Afroamericano
- Amerindio/nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo de Hawái o las islas del Pacifico
- Blanco

DEPT USE ONLY:

Immigrant Migrant

Years in US School: _____

Country of Birth: _____

Este cuestionario tiene por objeto dirigirse a la Ley McKinney-Vento 42 USC 11435. Las respuestas a esta información de residencia ayudan a determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible para recibir. **¿Dónde vive el estudiante a este momento?**

- En un refugio
- Con otra familia o otra persona a causa de la pérdida de la vivienda o como consecuencia de la penuria económica
- En un albergue
- En un carro, parque, autobús, treno o sito de acampar
- Otra situación de vida temporal (Describela por favor): _____
- En alojamiento permanente

Por favor vea La renuncia del título 45 en el reverso de esta página

Permiso la renuncia de la información No permito la renuncia de la información

Firma del padre/ tutor

Fecha

Título 45-Divulgación de la información y los derechos de privacidad

Las escuelas Port Jefferson pueden proporcionar, divulgar y publicar información referente a los estudiantes para las relaciones públicas y la información del directorio. Se puede suministrar lo siguiente: nombre del estudiante, nombres de los padres, dirección, edad, peso, estatura, grado, participación en actividades escolares reconocidas, actividades extracurriculares, programas deportivos, honores académicos, logros, premios, becas, y información similar. Esta información puede ser publicada en publicaciones y programas del distrito y de la escuela, así como en la prensa de comunicados a los medios de comunicación locales. Bajo el título 34 Código estadounidense parte 99: los derechos de la privacidad de los padres y estudiantes, padres o tutores o estudiantes mayores de 18 años que no deseen la liberación de la información anterior deben hacer una solicitud escrita específica al Superintendente de las escuelas antes del 30 de septiembre de cada año. La falta de hacer tal petición será considerada consentimiento para divulgar, para proporcionar, o para publicar la información durante el año escolar.

**Port Jefferson School District
Statement of Residency**

Edna Louise Spear Elementary School
500 Scraggy Hill Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Port Jefferson Middle School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Earl L. Vandermeulen High School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Yo, _____, declaro al distrito de Port Jefferson que mi familia y yo estamos legalmente domiciliados y que residimos dentro del distrito en _____.

Reconozco que si el distrito determina que tal representación no es exacta que yo seré personalmente responsable de la matrícula para mi(s) hijo (s), _____, a partir de la fecha de admisión inicial a la escuela; y que seré responsable por el costo de cualquier investigación y por honorarios legales razonables relacionados con la exclusión de mis hijos. Yo someto la declaración de pena de perjurio con el propósito de inducir al distrito de Port Jefferson a aceptar a mi (s) hijo (s), y reconozco que el distrito se basará en la exactitud de dicha representación y sufrirá daño si no es Precisa.

Padre/tutor **(Para ser firmado a la matriculación)**

Fecha: _____ Firma: _____

Firma del registrador _____

Fecha: _____ Firma: _____

Port Jefferson School District
Cuestionario Académico

Edna Louise Spear Elementary School
500 Scraggy Hill Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Port Jefferson Middle School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Earl L. Vandermeulen High School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Estudiante: _____ Grado a la entrada: _____

Fecha de nacimiento: _____

1. Veo el progreso académico de mi hijo/a (rodea con un circulo)
 - a. En apuros
 - b. Bajo el promedio
 - c. Promedio
 - d. Por encima de promedio
 - e. Posiblemente dotado/a

2. Mi hijo/a asistía los siguientes programas especiales: (rodea con un circulo)
 - a. Ninguno
 - b. Dotado
 - c. Lectura promedio
 - d. Matemáticas promedias
 - e. Clases por habilidad _____
 - f. Clases avanzadas por _____
 - g. Otro (Ve formulario B)

3. El comportamiento de mi hijo/a es: (rodea con un circulo)
 - a. Necesita mejorar
 - b. Satisfactorio
 - c. Excelente

4. Idioma hablado a casa _____

5. ¿Su hijo ha recibido servicios de ENL en el pasado? Sí No

6. ¿Los padres requerirán el servicio de un intérprete por las conferencias con los maestros?
Sí No

7. Mi hijo/a ha recibido la mejor nota en la clase de _____

8. Mi hijo/a ha recibido la peor nota en la clase de _____

9. Mi hijo/a ha repetido un grado? Sí No

10. Si sí, ¿qué grado? _____

11. Mi hijo/a tiene acomodaciones especiales con un documento de **504 plan** o un **IEP**.
Sí____ **No**____

Por favor proporcione cualquier otra información que usted se sienta importante para que la escuela sea consciente.

Firma del padre/ tutor

Fecha

Port Jefferson School District

Solicitud de registros

Edna Louise Spear Elementary School
500 Scraggy Hill Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Port Jefferson Middle School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Earl L. Vandermeulen High School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

A quien corresponda,

Por favor complete el nombre, la dirección y el número de teléfono de la escuela anterior de su hijo.

(Nombre de la escuela)

(Dirección)

(Número de teléfono)

(Número fax)

Por favor remita todos los expedientes registros a la evaluación del grado, prueba, funcionamiento académico, expedientes de la salud, informe especial del médico, evaluación psicológica y, si procede, cualesquiera expedientes de la educación especial, así como cualquier otra información pertinente para mi niño.

NOMBRE: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Mi hijo/a era estudiante de _____ grado en tu escuela.

Por Favor mande todos los documentos a:

Por documentos de escuela primaria:

Atención : Main Office
Edna Louise Spear Elementary School
500 Scraggy Hill Road
Port Jefferson, NY 11777
631-791-4300
631-476-4419 (fax)

Por documentos de la escuela secundaria

Port Jefferson Middle School
Attention: Middle School Guidance Department
350 Old Post Road
Port Jefferson, NY 11777
631-791-4400
631-476-4430 (fax)

Por documentos del colegio:

Port Jefferson High School
Atención: High School Guidance Department
350 Old Post Road
Port Jefferson, NY 11777
631-791-4400
631-476-2373 (fax)

Por Los documentos/ registros de la educaion especial:

Office of Special Services
Port Jefferson School District
550 Scraggy Hill Road
Port Jefferson, NY 11777
631-791-4241
631-476-4428 (fax)

Su pronta atención a esta solicitud sería enormemente apreciada.

Atentamente,

(Padre o tutor)

Fecha

Port Jefferson School District

Historia Medica Elemental

Nombre _____ M F Grado _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección: _____ Número de teléfono _____

Lugar de nacimiento _____

Escuela anterior: _____

Dirección: _____

Padre: _____ Madre: _____

Dirección di diferente de su hijo/a _____

Dirección di diferente de su hijo/a _____

Idioma hablado a casa: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono _____

Dirección: _____

Persona de contacto durante una emergencia: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Hay una historia de:

Fecha

Fecha

Asma _____

Paperas _____

Varicela _____

Nefritis _____

Diabetes _____

Pulmonía _____

Condiciones de orejas _____

Fiebre reumática _____

Epilepsia _____

Escarlatina _____

Cardiopatía _____

Tuberculosis _____

Sarampión _____

Contacto con TB _____

Allergias: (Ser específico) _____

¿Otro? _____

¿Ha tenido su hijo alguna cirugía, enfermedad grave o herida? Por favor escriben las fechas y explica: _____

¿Su hijo usa gafas? _____ ¿Lentes de contacto? _____ ¿Audífono? _____

Fecha de la última examinación de dientes: _____

¿Hay alguna otra condición física que necesita atención especial a la escuela? Explica, por favor: _____

¿Su hijo toma medicaciones regularmente? _____ Nombre de la medicación: _____

Firma del padre o tutor

Fecha

Formulario de Chequeo médico – Grados PK -5

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Sexo: M F Grado: _____

IMUNIZACIONES / HISTORIA MEDICA

Registro de inmunización Chequeo de anemia falciforme: Positivo Negativo No hecho Fecha: _____
 No hay inmunizaciones dadas hoy PPD: Positivo Negativo No hecho Fecha: _____
 Inmunizaciones dadas a la última visita Plomo elevado: Sí No No hecho Fecha: _____
 Derivación dental Sí No No hecho Fecha: _____

Historia quirúrgica / médica significativa Ve adjunta _____

Allergias: MORTAL Comida: _____ Insectos: _____ Otro: _____
 De temporada Medicación: _____

Examen física

Fecha del examen: _____ Resultados de orina: Azúcar: _____ Proteína: _____

Altura: _____ Peso: _____ Presion arterial: _____ Pulso: _____

IMC: _____ Categoría de Peso (IMC Percentil): <input type="checkbox"/> menos del 5 th <input type="checkbox"/> 5 th a 49 th <input type="checkbox"/> 50 th a 84 th <input type="checkbox"/> 85 th a 94 th <input type="checkbox"/> 95 th a 98 th <input type="checkbox"/> 99 th y mas	Visión – sin gafas/ lentes a contactos	D	I	
	Visión – con gafas/ lentes a contactos	D	I	
	Visión- distancia mínima de enfoque	D	I	
	Oído <input type="checkbox"/> Aprobar 20 db sc las dos orejas o:	D	I	

Tanner: I. II. III. IV. V. Escoliosis: Negativo Positivo: _____

Examen totalmente normal Puede participar en la nadacion

Especifique cualquier anomalía: _____

MEDICACIONES

Medicaciones (TODOS): Nada Mediciones adicionales se pueden escribir en el reverso del formulario si necesario

Nombre: _____ Dosis/Hora: _____

Nombre: _____ Dosis/Hora: _____

Si la dosis de la mañana se falta: _____

Yo evaluó a este estudiante para que sea auto-dirigido Si No El estudiante puede auto llevar y auto administrar la medicación Sí No

Nota: La enfermera también evaluará la auto-dirección para el ajuste de la escuela. Por favor aconseje a los padres que envíen medicamentos adicionales en caso de que el refugio de emergencia sea necesario en la escuela o si el medicamento matutino no ha sido dado.

EDUCACION FISICA / DEPORTES/ PARQUE INFANTIL / CALIFICACION DE TRABAJO / CONSIDERACION POR CSE

Libre de contagios y calificado físicamente para todas las actividades de educación física, deportes, juegos infantiles, trabajo y escuela o sólo como se ha comprobado:

___ Contacto limitado: porristas, gimnasia, esquí, voleibol, Cross-Country, Balonmano, valla, béisbol, hockey de piso, softbol.

___ No contacto: bádminton, bolo, golf, natación, tenis de mesa, tenis, tiro con arco, peso tren, tripulación, danza, pista, correr, caminar, cuerda de salto.

Especifique los alojamientos médicos necesarios para la escuela: _____ Ninguno

Discapacidad conocida o sospecha: _____ Por favor supervise

Restricciones: _____ Por favor supervise

Firma del medico: _____ Numero de telefono: _____ (Sello debajo)

Dirección del medico: _____ Fax: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

**Port Jefferson School District
Certificado de inmunizaciones**

Edna Louise Spear Elementary School
500 Scraggy Hill Road
Port Jefferson, NY 11777

Port Jefferson Middle School
350 Old Post Road
Port Jefferson, NY 11777

Earl L. Vandermeulen High School
350 Old Post Road
Port Jefferson, NY 11777

Nombre del alumno _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del alumno _____ Sexo M/F Grado _____

La sección 2164 de la ley de salud pública revisada el 1989 de septiembre, requiere que todos los niños que ingresan o asisten a la escuela sean inmunizados contra la difteria, la polio, el sarampión, el sarampión alemán (rubéola), las paperas, la varicela (varicela) y la Hib.

La escuela tiene el mandato de tener la certificación por escrito en el archivo, por lo tanto, le pedimos que su médico complete este formulario y lo devuelva a la escuela.

La difteria, la tos ferina, el tétanos (DPT) (4^º dosis a los 4 años de edad o más)

Fechas: 1. _____ 2. _____ 3. _____ Dosis de refuerzo _____

Difteria/Tetanos(DT) Fecha: _____ **Tdap** Fecha: _____

El sarampión, las paperas y la rubéola (MMR) (después de un año de edad):

Fecha: _____

Segunda dosis (recomendada entre 4 y 6 años de edad)

Fecha: _____

Polio: La última dosis debe administrarse en 4 o más años de edad

Fechas: 1. _____ 2. _____ 3. _____ Dosis de refuerzo _____

Tuberculina: Mes _____ Año _____ Resulto _____

Haemophilus (Hib) (18 meses – 5 años)

Fechas: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Hepatitis B (Heb B) Fechas: 1. _____ 2. _____ 3. _____

Varicela Vacuna: (1^a dosis a ser administrada a 1 año de edad o más)

Fechas: 1. _____ 2. _____

Detección de plomo (niños nacidos en o después del 2001 de enero)

mes _____ año _____

Fecha: _____

Firma del médico

Nombre: _____ (Escriba nombre)

Dirección: _____

Port Jefferson School District Immunization Acknowledgement

Edna Louise Spear Elementary School
500 Scraggy Hill Road
Port Jefferson, N.Y. 11777
(631) 476-4420

Port Jefferson Middle School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777
(631) 476-4400

Earl L. Vandermeulen High School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777
(631) 476-4400

Queridos Padres/tutores

La ley de educación del estado de Nueva York y el Reglamento del Comisionado de educación requieren un examen físico de todos los niños que ingresan a un distrito escolar por primera vez. Debe ser completado no más de 12 meses antes o 30 días después de ingresar a la escuela.

La ley de salud pública del estado de Nueva York, sección 2164, establece que las escuelas no pueden permitir que un niño sea admitido a menos que el padre proporcione a la escuela un certificado de inmunización o la prueba de un médico de que el niño está en el proceso de recibir las vacunas requeridas.

Se adjuntan los formularios escolares para su comodidad. Según la ley, estos deben completarse dentro de los 14 días de la entrada del niño a la escuela. Por favor, completa y firma los formularios adjuntos de la salud, así como el acuse de recibo a continuación.

Si usted tiene alguna pregunta o problemas de salud específicos, siéntase libre de llamar a la escuela apropiada.

Reconocimiento del Padre/ Tutor

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Numero de teléfono _____

De acuerdo con la ley de salud pública 2164, los abajo firmantes reconocemos que tenemos catorce (14) días (30 días para los registros del estado de NY) para proveer el distrito escolar de Port Jefferson con los registros de inmunización de nuestro hijo/hija. Además, entendemos que la falta de cumplimiento dentro del tiempo asignado puede resultar en la exclusión de mi hijo de la escuela.

Firma de padres/tutores

Fecha

