



Proof of Residency - Required Registration Checklist
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)

Formas atléticas

Registrarse en línea www.FamilyID.com/Port-Jefferson-Athletics

PORT JEFFERSON SCHOOL DISTRICT
OFFICE OF CURRICULUM AND INSTRUCTION
550 SCRAGGY HILL ROAD
PORT JEFFERSON, NY 11777
PHONE (631)791-4291 FAX (631)476-4428



Jessica Schmettan
Superintendent of Schools

Robert Neidig
Assistant Superintendent
Curriculum and Instruction

Modelo formulario de inscripción cuestionario de residencia

re de LEA Port Jefferson UFSD # 6

re de escuela _____

re de estudiante _____
Apellido Nombre Segundo nombre

o ☐ Masculino Fecha de nacimiento: ____/____/____ Grado: _____ ID# _____
 ☐ Feminino mes día año (Preschool-12) (opcional)

ión: _____ Teléfono: _____

espuesta que usted da abajo ayudará al distrito a determinar qué servicios usted o su hijo pueden recibir bajo acto de McKinney-Vento. Los estudiantes que están protegidos bajo esta ley tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, incluso si no tienen los documentos normalmente necesarios, tales como prueba de identidad, registros escolares, registros de inmunización o certificado de nacimiento. Los estudiantes que están protegidos bajo la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a transporte gratuito y otros servicios.

¿Dónde vive actualmente el/la estudiante? (Por favor marque uno.)

- ☐ En un albergue
- ☐ Con otra familia u otra persona debido a la pérdida de vivienda o como resultado de dificultades económicas
- ☐ En un hotel
- ☐ En un carro, parque, autobús, tren, o campamento
- ☐ Otra situación de vida temporal (Por favor describe): _____
- ☐ En vivienda permanente

Escriba el nombre del padre, tutor o estudiante (para jóvenes sin hogar no acompañados) Firma del padre, tutor o estudiante (para jóvenes sin hogar no acompañados)

If you have checked any of the above boxes, please contact Traci McGlynn at 631-791-4291 for assistance with this registration.



Jessica Schmettan
 Superintendent of Schools

John Ruggero
 HS Building Principal
 Brian Walker
 MS 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

ṽzj ṽK wjwLZ Z_'' Avcwb ṽKvb fvlvq ṽcṽZ 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?

(ṽ μ ṽηKṽ ṽLṽJ ṽEṽC 2ṽkṽKṽk ṽdṽṽcṽ ṽηK ṽṽ: eṽ ṽE ṽṽjṽ/ u*

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| ☐ English | ☐ Haitian Creole / Kreyòl Ayisyen | ☐ Urdu / اردو |
| ☐ Arabic / العربية | ☐ Korean / 한국어 | ☐ Otro: |
| ☐ Bengali / evsjv | ☐ Russian / Русский | |
| ☐ Chinese / 中文 | ☐ Spanish / Español | |

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

المدرسة؟ موظفي مع شفهيًا الاتصال تفضل لغة بأي

ṽzjKgṽxṽṽ i mvṽ_ ṽKvb fvlvq Avcwb ṽgṽwLK ṽhvMvṽhvM ivLṽZ cQṽ` Kṽib?

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?

(ṽ μ ṽṽ7 eṽṽṽṽ ṽṽ ṽṽṽ ṽṽ ṽṽ ṽṽ ṽṽ ṽṽ: eṽ ṽE ṽṽṽ ṽṽ ṽṽjṽ/ u*

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ English | ☐ Mandarin / 普通話 | ☐ Spanish / Español |
| ☐ Arabic / العربية | ☐ Haitian Creole / Kreyòl Ayisyen | ☐ Urdu / اردو |
| ☐ Bengali / evsjv | ☐ Korean / 한국어 | ☐ Otro: |
| ☐ Cantonese / 廣東話 | ☐ Russian / Русский | |

Nombre de los padres/ tutores: _____

الأمير (ة) الولد اسم • wczvgvZv/AwffveṽKi 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 • ṽṽṽ ṽṽ ṽṽṽṽṽ ṽ ṽṽṽṽ/ṽ

Nombre del estudiante: _____

التلميذ اسم • wkṽṽṽ_ṽxi bvg • 學生姓名 • Non elèv la • 학생 이름 • Nombre y apellido del estudiante
 نام کا طالب علم • 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? ☐ Si ☐ 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 (escoge uno):

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

Raza (escoge uno):

- ☐ 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 Academic Questionnaire

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 círculo)
 - 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 círculo)
 - 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 círculo)
 - 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 Request for Records

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

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:**

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

Formulario de Chequeo médico – Grados 6-12

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: _____ Categoria de Peso (IMC Percentil): ☐ menos del 5 th ☐ 5 th a 49 th ☐ 50 th a 84 th ☐ 85 th a 94 th ☐ 95 th a 98 th ☐ 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 ☐ 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
Certificate of Immunization**

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) (4ª 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: (1ª 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 medico

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) 791-4300

Port Jefferson Middle School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777
(631) 791-4400

Earl L. Vandermeulen High School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777
(631) 791-4400

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