

Poughkeepsie City School District

Delivering on the promise of a high-quality education

Every child. Every day. Every classroom.

55 College Avenue, Poughkeepsie, NY 12603 - www.poughkeepsieschools.org – Phone: 845-437-3480 Fax: 845-437-3481

Registro del Alumno y Formulario de Inscripción

Información de Estudiante:

Nombre: _____
Apellido
Nombre
Inicial

Varon ___ Mujer ___ Dia de Nacimiento: _____ Ciudad/Estado de Nacimiento: _____

Grado Actual: _____ Dia que primero entro al 9^{no} Grado (si aplicable): _____

El estudiante asistio a las Escuelas de Poughkeepsie previamente? Si: _____ No: _____

El estudiante tiene hermanos en las Escuelas de Poughkeepsie? Si: _____ No: _____

Si es así, los nombres de los hermanos: _____

Adoptivo/Foster? Si ___ No ___ / IEP? Si ___ No ___ /504 Plan? Si ___ No ___ / Discapacidad? Si ___ No ___

Pre-Kinder y Kinder Solamente — Sesión preferido: AM _____ PM _____

El estudiante es Hispano e Latina/Latino? Si ___ No ___

Raza (marque todo lo que apliqué): Indio Americano /de Alaska: _____ Negro/Afroamericano: _____

Asiático: _____ Blanco: _____ Hawaiano Indigeno/Otro Pacifico Isleño: _____

Información Adicional de Estudiante/ Instrucciones Especiales: _____

Office Use Only:

- ___ Identificación
- ___ Certificado de Nacimiento
- ___ Registro de Vacunas
- ___ Prueba de Domicilio
- ___ Prueba de Custodia (Si aplica)
- ___ Forma de Almuerzo Gratis/Reducido
- ___ Registro del Bienestar del Estudiante
- ___ Carta de Emergencia

- Numero de Estudiante: _____
- Indigente/Unaccompanied Y ___ N ___
- School Records Requested _____
- School Records Received _____
- ___ Release of Records Form
- ___ Housing Survey
- ___ IEP/504 Plan
- ___ LEP Assessment required

Padre/Guardia (1):

Nombre: _____
 Apellido Nombre Inicial Relación

Hogar/Residencia: _____

Numero de Hogar: _____ Numero Celular: _____ No figurado: Si ___ No ___

Dirección de Correo (si es diferente): _____

Correo Electronico: _____

Empleador: _____ Numero de Trabajo: _____

Padre/Guardia (2):

Nombre: _____
 Apellido Nombre Inicial Relación

Hogar/Residencia: _____

Numero de Hogar: _____ Numero Celular: _____ No figurado: Si ___ No ___

Dirección de Correo (si es diferente): _____

Correo Electronico: _____

Empleador: _____ Numero de Trabajo: _____

Additional Contact (Optional):

Nombre: _____
 Apellido Nombre Inicial Relación

Hogar/Residencia: _____

Numero de Hogar: _____ Numero Celular: _____ No figurado: Si ___ No ___

Empleador: _____ Numero de Trabajo: _____

Antecedentes del Alumno (complete todo que apliqué):

Pais de Origen: _____ Dia de enterada a EE.UU.: _____

Dia que mas reciente entro a los EE. UU. : _____

Ha perdido el estudiante dos o más años de escuela en cualquier momento? Si ____ No ____

Hay una orden de custodia o de otra orden judicial referente al niño?: Si ____ No ____

Si es Si, por favor explique y proveea una copia: _____

Historia Educativa (complete todo que apliqué):

Transferido de (Nombre de escuela) : _____

Dirección de Escuela: _____

Dirección de Estudiante Previa: _____

El estudiante comienza la escuela en los EE.UU. para la primera vez en 3^{er} grado o mas? Si ____ No ____

Cuantos años ha asistido el alumno a la escuela en los EE.UU. (cuente este año como año uno): _____

El estudiante repitio un grado? Si ____ No ____ Si es Si, que grado? ____

Está el estudiante actualmente suspendido o expulsado de otra escuela? Si ____ No ____

Medical:

Tiene alergias el estudiante? Si ____ No ____ Si es Si, por favor explique: _____

Tiene el estudiante condiciones especiales medicas? Si ____ No ____ Si es Si, por favor explique:

Consentimiento para Tratamiento Médico de Emergencia:

Yo, _____ padre o guardia legal de _____ que es un estudiante matriculado en el distrito escolar de la Ciudad de Poughkeepsie, con el fin de asegurar que mi hijo recibirá atención médica adecuada, por la presente doy mi consentimiento, en caso de que todos los intentos razonables para ponerse en contacto conmigo a los números de teléfono proporcionados han sido infructuosos, el Director de la escuela o su designado, o en su ausencia la enfermera de la escuela, o en tanto sus ausencias al profesor o entrenador de un equipo deportivo, autorizar a personal médico o hospital de emergencia para proporcionar tratamiento de emergencia o no emergencia a mi hijo si se lesionan durante un evento patrocinado por la escuela en el que ella/el participó. Dicha autorización incluye el consentimiento: en contacto con los médicos de familia en números de siempre, un examen de rayos x, anestesia, pruebas diagnósticas, transfusión de sangre, atención médica o quirúrgica, tratamiento y hospital a representar a mi hijo bajo la supervisión general o especial y con el asesoramiento de cualquier médico o cirujano con licencia para practicar en el estado de Nueva York.

Médico de familia: _____ Telefono: _____

Firma de Padre/Guardia : _____ Dia: _____

Afirmación:

Por la presente afirmo, bajo pena de perjurio, que la información aquí provista es verdadera y correcta. Entiendo que si cualquier información material suministrado resulta no para ser cierto, que se notificará al fiscal de Distrito de la escuela de acción legal.

Entiendo que si es determinado que el niño no tiene derecho a una educación gratuita en el Distrito Escolar de Poughkeepsie, reembolsare el Distrito Escolar de Poughkeepsie por la cantidad de cualquier matrícula.

Firma de Padre/Guardia: _____ Dia: _____