

55 College Avenue, Poughkeepsie, NY 12603 Phone: 845-437-3480 Fax: 845-437-3481

centreg@poughkeepsieschools.org

www.poughkeepsieschools.org

PCSD Formulario de Registración e inscripción

Información de Estudiante:				
Nombre:Apellido	Nombre	Inicial		
Varon Mujer Dia de Nacimiento:	:			
Cuidad/Estado/Pais de Nacimiento:				
Grado Actual: Dia que primero entr	o al 9 ^{no} Grado (si aplicable):			
El estudiante asistio a las Esculas de Poughk	reepsie previamente? Si: _	No:		
El estudiante tiene hermanos/hermanas en la	s Escuelas de Poughkeepie?	Si: No:		
Si es así, los nombres de los hermanos:				
IEP? Si No 504 Plan? Si No D	Discapacidad? Si No	Adoptivo/Foster? Si No		
Pre-Kinder Solamente — Sesión preferido:	AM PM			
El estudiante es Hispano e Latina/Latino? S	i No			
Raza (marque todo lo que apliqué): Asiático	o: Indio America	nno /de Alaska:		
Negro/Afroamericano: Blanco:	Hawaiano Indigeno/C	Otro Pacifico Isleño:		
Usted require asistencia con un interprete? S	Si No Si su res	spuesta es "Si" indique cual		
lenguaje				
Office Use Only:				
Identification Birth Certificate	Student Number:	Student Number:		
Immunization Record	Homeless/Unaccomp	Homeless/Unaccompanied Y N		
Proof of Residency	School Records Requ	School Records Requested		
Custody Papers (if applicable)	School Records Rece	School Records Received		
Income Verification Form	Release of Reco	Release of Records Form		
Student Health History	Housing Survey	Housing Survey		
Emergency Card		IEP/504 Plan		
Family Military Service Form Home Language Questionnaire		LEP Assessment required Athlete: Y N		
Home Language Questionnane	(if Y notify Athletic			

Padre/Guardia (1):				
Nombre:Apellido	Nombre	Inicial	Relación	
Hogar/Residencia:				
Numero de Hogar:	Numero Celu	ılar:		
Dirección de Correo (si es difer	ente):			
Correo Electronico:				
Empleador:]	Numero de Trabajo:		
Padre/Guardia (2):				
Nombre:Apellido	Nombre	Inicial	Relación	
Hogar/Residencia:				
Numero de Hogar:				
Dirección de Correo (si es difer	ente):			
Correo Electronico:				
Empleador:	1	Numero de Trabajo:		
Additional Contact (Optional):				
Nombre:Apellido	Nombre	Inicial	Relación	
Hogar/Residencia:				
Numero de Hogar:				
Empleador:				

Antecedentes del Alumno (complete todo que apliqué):
Cuántos años en total ha asistido el alumno a la escuela, incluyendo el pre-escolar?
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
Cuántos 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 condiciónes especiales medicas? Si No Si es Si, por favor explique:
Atletismo (grados 7-12 solamente):
Ha el estudiante juegado un deporte en la escuela? Si No
Información Adicional de Estudiante/ Instrucciones Especiales:

Consentimiento para Tratamiento Médico de Emergencia:
Yo,padre o guardia legal de
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:

Γ