



70 Forbus Street, 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 entro al 9^{no} Grado (si aplicable): _____

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

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

Si es así, los nombres de los hermanos: _____

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

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

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

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

Negro/Afroamericano: _____ Blanco: _____ Hawaiano Indigeno/Otro Pacifico Isleño: _____

Usted require asistencia con un interprete? Si ___ No ___ Si su respuesta es “Si” indique cual lenguaje _____

Office Use Only:

- ____ Identification
- ____ Birth Certificate
- ____ Immunization Record
- ____ Proof of Residency
- ____ Custody Papers (if applicable)
- ____ Income Verification Form
- ____ Student Health History
- ____ Emergency Card
- ____ Family Military Service Form
- ____ Home Language Questionnaire

Student Number: _____

Homeless/Unaccompanied Y _____ N _____

School Records Requested _____

School Records Received _____

____ Release of Records Form

____ Housing Survey

____ IEP/504 Plan

____ LEP Assessment required

Athlete: Y _____ N _____

(if Y notify Athletic Director)

Padre/Guardia (1):

Nombre: _____
 Apellido Nombre Inicial Relación

Hogar/Residencia: _____

Numero de Hogar: _____ Numero Celular: _____

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: _____

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: _____

Empleador: _____ Numero de Trabajo: _____

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 provea 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 repitió 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: _____

Atletismo (grados 7-12 solamente):

Ha el estudiante jugado 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 _____ 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: _____