

REGISTRACION DE ESCUELA

Diane Super
Registrar

845-355-5812

Fax – 845-355-5830

Website – www.minisink.com – “new students” E-mail – dsuper@minisink.com

Para registrar en la escuela Minisink Valley Central School District, un estudiante debe tener su actual y residencia del Minisink Valley Central School District. Padres/Guardianes deben estar preparados para proveer los siguiente:

- ◆ **Prueba de identificación de padres** (valida licencia de conducir con su foto)
- ◆ **Prueba de residencia** (cobro de utilidad, facture de teléfono o celular, o cobre de gas, con dirección de servicio) Si están proveyendo un léase, aptoteca, titulo, o residencia affidavit, También tendrán que proveer prueba adicional como talón de cheque, licencia oficial, i.d, identificación por el estado, registración de votantes, documentos de corte o documentos dados por federal, estado o agencia locales
- ◆ **Certificado Original de Nacimiento, Transcripción de Nacimiento, o Certificado de bautismo**
(Documentos que proviene la determinación de la edad que han estado en existencia por mas de dos anos; pasaporte, licencia, i.d de foto, id de escuela con fecha de nacimiento o récords del hospital documentos por las agencias federales, documentos de corte, consulado ID card, Native American tribal documento o international aid agencies documento)
- ◆ **Records de inmunizaciones/fisico**
- ◆ **Documentacion relacionada con las necesidades del estudiante**
- ◆ **Papeles de custodia, o Custodial Affidavit si aplica**
- ◆ **Ultima tarjeta de reporte, si está disponible**
- ◆ **Horario del estudiante de High school**

MINISINK VALLEY CENTRAL SCHOOL DISTRICT
FORMULARIO DE REGISTRACION

Rev. 12/16

Nombre de estudiante: _____ Bus #: _____
(ultimo) (primer) (medio) (office use)

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Sexo: M / F

Grado Entrante: __ Si es estudiante de crianza– Agencia/Trabajadora Social: _____

Teléfono de casa: _____ Nombre de contacto emergente/Numero: _____
(in case you cannot be reached)

Dirección Física: _____ Dirección de Correo: _____
(si es diferente de la fisica)

Escuela Previa: _____
(Nombre de escuela y direccion)

Dirección Previa de casa: _____

Necesidad especial: _____

¿Estudiante con un padre o más que es miembro de las armadas y en servicio activo? Si/No El estudiante ha
previamente atendido a Minisink Valley C.S.D.? SI / NO Si si, que años? _____

¿Es el estudiante de Hispanic, Latino, ¿o de Origen Español? Si, Hispano _____
No, No-Hispano _____

Raza: Americano Indio o Alaska Nativo _____ Asiático _____ Negro o Afro-Americano _____
Nativo Hawaiano o Otra Isla Pacífica _____ Blanco (Caucasiana) _____

Madre/Guardian: _____ Nivel de Educación: _____

Dirección de casa de Madre: _____

Ocupación de Madre: _____ Teléfono de Negocio: _____

Dirección de Negocio de Madre: _____ Numero de Celular: _____

Padre/Guardian: _____ Nivel de Educación: _____

Dirección de Casa de Padre: _____

Ocupación de Padre: _____ Numero de Negocio: _____

Dirección de Negocio de Padre: _____ Numero de Celular: _____

Madrasta/Padrastro: _____ Numero de Celular: _____

Nombre de Hermanos/Hermanas Fecha De Nacimiento Grado Sexo

Padre/Guardian Firma: _____ Fecha: _____



Lissette Colon-Collins, Assistant Commissioner
Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Home Language Questionnaire (HLQ)

Querido Padre o Guardian:

En orden para proveer a su hijo con la mejor educacion, necesitamos determinar cuan bien el o ella entiende habla y escribe y lee en Ingles, y tambien escuela previa y historia personal. Por favor complete las secciones abajo entitulado Language Background & Educational History. Su asistencia en contestar esta apreciado.

Por favor escribe claro cuando escribe en esta sección.

NOMBRE DE ESTUDIANTE :		
Primero	Medio	Ultimo
FECHA DE NACIMIENTO:		SEXO :
Mes	Dia	Año
PADRE/PERSONA EN RELACION PARENTAL INFO:		
APELLIDO	PRIMERO	RELACION

HOME LANGUAGE CODE

Lenguaje

(Por favor cheque todos los que aplican.)

1. Que lenguajes están hablados en el hogar del estudiante?	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Otro	_____ especifici
2. Cuál era el primer lenguaje su hijo aprendió?	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Otro	_____ especifici
3. Cuál es el lenguaje de casa de cada padre/guardián?	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	_____ especifico _____ especifico
	<input type="checkbox"/> Guardian(s)		_____ especific
4. Que lenguajes entiende su hijo/hija?	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Otra	_____ especifici
5. Que lenguajes habla tu hijo/hija?	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Otro	_____ specify <input type="checkbox"/> No habla
6. Que lenguajes lee tu hijo/hija?	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Otro	_____ specify <input type="checkbox"/> No lee
7. Que lenguajes escribe tu hijo?	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Otro	_____ specify <input type="checkbox"/> No escribe

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

Lenguaje en Casa Cuestionario (HLQ)—Pagina Dos

Educational History

8. Indique el total número de años que su hijo ha estado en la escuela _____

9. Usted piensa que su hijo/a tenga dificultades o condiciones que afecten su habilidad de entender, hablar, leer o escribir en Inglés o cualquier otro lenguaje? Si, si por favor describa.

Si No No Seguro

*Si si, por favor explique: _____

¿Cuán severas son estas dificultades? Menores Algo severa Bien severa

Q

11. Hay algo importante de su hijo/hija que debemos saber en la escuela? (e.g., talento especial, problemas de salud)

12. En que lenguajes le gustaría recibir información de la escuela? _____

Mes: _____ Dia: _____ Año: _____

Signature of Parent or of Person in Parental Relation

Fecha

Relación al estudiante: Madre Padre Otro: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ POSITION: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: _____ POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: No Yes

**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

Mo Day YR

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: ADMINISTER NYSITELL
 ENGLISH PROFICIENT
 REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ POSITION: _____

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: ENTERING EMERGING TRANSITIONING EXPANDING COMMANDING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:

MINISINK VALLEY CENTRAL SCHOOL
Slate Hill, NY 10973

Health History for School Year 20__ - 20__

*****DEBE TRAER PRUEBA DE IMMUNIZACION EN EL TIEMPO DE REGISTRAR PARA REGISTRAR AL ESTUDIANTE.**

Queridos Padres:

Cuando sus hijos entran en la escuela, nosotros establecemos un archivo de salud de su hijo/hija para poder entender las necesidades mejor de su hijo/hija. Toda la información será contenida confidencial, por favor escribe claramente cada respuesta a su pregunta. Gracias.

Nombre de estudiante: _____ Masculino / Femenino Edad: _____ Grado: _____

Dirección: _____

Nacimiento: _____ Escuela: _____ Teléfono de Casa: _____

Doctor: _____ Dr's Numero de teléfono: _____ Dr's Numero de fax: _____

Estudiante vive con (solo lo que aplica):

Nombre de mama: _____ Nombre de papa: _____

(Otro) Nombre y relación al estudiante: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA INFORMACION

Nombre: _____ Relación al estudiante: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono de negocio: _____

FISICO REQUERIDO para todos estudiantes entrando grados 1 hasta 12.

(Nota: Estudiantes entrando a kindergarten deben tener un fisico completado por sus doctores privados.)

- Yo estaré haciendo el fisico con mi doctor privado.
- Yo doy autorización para que el medico de escuela haga el examen requerido.

Padre/Guardian Firma: _____ Fecha: _____

Direcciones: Por favor de su respuesta a TODAS las siguientes preguntas del historial de medico de su hijo/a. Por favor responda todas sus preguntas.

1. Su hijo ha tenido o tiene :
 - a. Una lesión o enfermedad desde su último examen s / n / no se
 - b. ¿Una enfermedad crónica o enfermedad continua (como diabetes o asthma)? s / n / no se
 1. ¿Usa un inhalador o otra prescripción de medicina para controlar asthma? s / n / no se
 - c. ¿Cualquier prescripción o medicina que toma en lo regular? s / n / no se
 - d. Cirugía, hospitalización o algún Surgery, hospitalization or any emergency room visit(s)? s / n / no se
 - e. ¿Alguna alergia a medicina? s / n / no se
 - f. Alguna alergia a picaduras de abeja, pollen, ¿látex o comidas? s / n / no se
 1. Tipo de reacción: ¿Salpullidos? ¿Ronchas? ¿O otra condición de piel? (Circular dodos los que aplican.)
 2. Toma alguna medicación/Epi pen tomado para alergias o síntomas de alergias? (Lista atras.)
 - g. Alguna anemia o desorden de sangre ? s / n / no se

2. Su hijo/a a tenido o tiene alguna de las siguientes relacionadas condiciones desde su ultimo fisico:
- a. ¿Concusión requiriendo una evaluación de un fisico? s / n / no se
 - 1. ¿Cuándo y cuantas veces? (Responda atrás.)
 - b. ¿Pérdida de Memoria o siendo noqueado? s / n / no se
 - c. ¿Una convulsión? s / n / no se
 - d. ¿Frecuenté o severos dolores de cabezas? s / n / no se
 - 1. Medication required? (Responda atrás) s / n / no se
3. Su hijo a tendido o tiene uno de las siguientes condiciones relacionadas del corazón desde su ultimo fisico:
- a. Chest pain? s / n / no se
 - b. Heart murmur? s / n / no se
 - c. High blood pressure or elevated cholesterol level? s / n / no se
 - d. Restriction from sports for heart problems? s / n / no se
4. Su hijo ha tenido o tiene una de las siguientes condiciones con sus ojos, oídos, nariz, boca o condición de garganta desde su ultimo fisico:
- a. ¿Problemas de visión? s / n / no se
 - 1. ¿Usa contactos, lentes o protectivos lentes de ojo? (Circule cual)
 - b. ¿Perdida de oír o perdida completa? s / n / no se
 - 1. Usa aparato de oidos o implantes ? s / n / no se
 - c. ¿Fracturas nasales o frecuentes hemorragias nasales? s / n / no se
 - d. ¿Usa tirantes, anticipo o engranaje de boca para protección? s / n / no se
 - e. ¿Frecuenté estreptococo o cualquier otra condición de garganta (e.g. tonsilitis)? s / n / no se

**Esta advertido que cada niño/a usando lentes debe recibir un examen periódico de ojos. La escuela aprecia un reporte de examen y nombre del examinador junto con sus recomendaciones para la escuela.*

5. Su hijo tiene o ha tenido uno de las siguientes condiciones relacionadas con neuromuscular ortopédico condición desde su ultimo fisico:
- a. ¿Alto o Bajo dolor de espalda? S / n / no se
 - b. Fracturas o fracturas de estrés ? s / n / no se
 - c. ¿Usted usa abrazadera de protección o equipo para cualquier fractura o lesión del pasado? S / n / no se
6. Su hijo/a a tenido una de las siguientes condiciones debido a un ejercicio general desde su ultimo fisico?
- a. ¿Dificultad respirando? ¿Durante ejercicio? (Circle one.) s / n / no se
 - 1. Después de correr una milla s / n / no se
 - 2. ¿Tosiendo, silbado de pecho o falta de aire en cambios de clima? s / n / no se
 - 3. Asthma causado por ejercicio s / n / no se
 - i. ¿Controlado con medicación? (List below.) s / n / no se
 - ii. ¿Experiencia mareos, desmayo? s / n / no se
 - b. ¿Infección viral (e.g. mono, hepatitis)? s / n / no se
 - c. Una de las siguientes condiciones de piel: s / n / no se
 - 1. Acné, ¿dermatitis contacto, tiña, verrugas, herpes? s / n / no se
 - 2. ¿Sensibilidad al sol? s / n / no se
 - d. Subir de peso/perder de peso (más de o menos de 10 libras)
 - e. ¿Ha tenido sentimientos de depresión? s / n / no se
 - f. Problemas con el calor (deshidratación, mareos, fatigue, ¿dolor de cabeza)? s / n / no se
 - 1. Exhaustivo de calor (fría, pegajoso, ¿piel húmeda)? s / n / no se
 - 2. Golpe de calor (caliente, rojo, piel seca)? s / n / no se

7. Hembras solamente:

Edad que le empezó su menstruación:

Fecha de ultima menstruación:

Cuantos Dias entre los ciclos de menstruacion :

Explique todas las respuestas que dijo "si" (incluya fechas relevantes) abajo y detrás de esta página, si es necesitado.

Yo certifico que la informacion proveida es preciso a mi conocimiento desde la fecha de mi firma.

Padre/Guardian Firma:

Fecha:

*Por favor ayude
Transportacion*

Nosotros apreciamos su ayuda en llenar este formulario. Esta información ayudara a los que manejan y son monitores entender las necesidades de su hijo/a mejor y proveerles con el transporte más seguro a la escuela y de regreso. Toda la informacion sera confidencial.

I.D. # _____

Apellido del Estudiante: _____ Primer Nombre: _____

Escuela: HS MS INTM ELEM OTIS Grado: _____ M / F: _____ Nacimiento: _____ / _____ / _____

(Circule uno)

Dirección de Correo: _____

Dirección de Vivienda: _____

Padre /Guardian Nombre(s): _____

Teléfono de casa #: _____ Emergencia/ Trabajo #: _____

Teléfono Celular #'s: _____

Relativos / Vecinos de llamar si no puede ser contactado:

Nombre: _____ Telefono # _____

Nombre: _____ Telefono# _____

Por favor responda si/no a las siguientes preguntas. Si su respuesta es sí, provee por favor con la información que nos ayudara a cuidar de su hijo/a.

1. Su hijo toma medicamento que cause el/ella que experiencia un efecto durante el viaje en el bus? Si No
SI si, por favor explique: _____

2. Su hijo/hija tiene necesidades comunicativas especiales? Si No
SI si, por favor explique: _____

3. Es su hijo/hija alérgica a algo(insectos, dulces, etc.) Si No
Si si por favor explique: _____

4. ¿Tiene su hijo convulsiones? Si No
Si si por favor explique: _____

5. ¿Tiene su hijo problemas con conducta de comportamiento que le debe dejar saber al conductor de bus o monitora? Si No
Si si por favor explique: _____

6. Le gustaría sugerir algún arreglo especial para asientos de su hijo en el bus(i.e. asiento de carro, chaleco de soporte, etc.)? Si No
Si si, por favor explique: _____

7. ¿Tiene alguna información adicional del transporte? _____

8. Nombre del hermano o hermana atendiendo la escuela: _____

Esto ayuda la computadora localizer su residencia-gracias por toda su ayuda--- Minisink Valley Transportation

MINISINK VALLEY CSD TECNOLOGIA ACCEPTABLE ACUERDO DE USO

El Minisink Valley Central School District provee acceso de tecnología, incluyendo Internet, a todos los empleados y estudiantes para mejorar la misión educativa y metas instruccionales del Distrito. De acuerdo con el NYS Learning Standards for Mathematics, Science, and Technology, los estudiantes usaran tecnología como un resorte para acceder, generar, procesar y transferir información.

La siguiente información sirve como descripción del Distrito de servicios tecnológicos y responsabilidades estudiantiles y el uso de esos servicios. Un acuerdo firmado debería estar en los archivos con el Building Principal, en orden de iniciar y mantener el uso de District tecnología network. Una infracción del acuerdo puede ser considerado como un acto de insubordinación, en el cual resultara en disciplina debajo de la conducta de los estudiantes y persecución de la ley.

NETWORK COMPUTER USE

RESPECTO PARA LA PROPIEDAD

- Yo usare las computadoras, imprimadora, herramientas y programas en una forma responsable.
- Yo no alterare con, entrar ilegalmente, Robar, o vandalizer aparatos.
- Yo no hare Cambios al Sistema o tratar de desarmar los sistemas de seguridad.

RESPECTO POR LOS DEMAS-

- Yo acceso, cambio, y borro solamente los archivos que pertenecen a mi.
- Yo mantendré mi clave confidencial.
- Yo no usare profanidad, obscenos, des respetó o palabras de amenaza o fotos.
- Yo no publicare informacion que viola o infringe los derechos de otros la cual puede ser considerada como abusive, profana o ofende sexualmente.
- Yo respetare los derechos e ideas de otros, dando credito a la Fuente. (copyright law & citation).

INTERNET USO

Internet y telecomunicaciones acceso es proveído mediante la red del Distrito. El uso de este servicio de Internet es soportado de la investigación, instrucción y currículo. El Distrito de Internet, en compilación con la ley federal es filtrada para todos los puntos de acceso. Cualquier atentó para deshabilitar este filtro es una violación del acuerdo.

- Yo solamente tendré acceso a telecomunicaciones y el Internet debajo de e inmediata supervisión de adulto que este presente durante todo el proceso.
- Yo solamente usare telecomunicaciones y el Internet para trabajo relacionado con la escuela.
- Yo solamente usare el lenguaje apropiado y etiqueta en transmisión etiqueta e investigación de información.
- Yo no daré mi información personal por correo electrónico o por internet.
- Yo no puedo subir o bajar programas de computadora sin formularios de permiso o de un adulto supervisando.

Minisink Valley CSD Tecnologia Uso Aceptable Acuerdo

Yo, el firmante, e leído y de acuerdo a los términos y condiciones puestos por Minisink Valley CSD Technology Acceptable User Agreement. Yo entiendo que cualquier violación de estas regulaciones puede causar que pierda mis privilegios y abra acción disciplinarian o acción legal será tomada.

Un estudiante y padre/guardian legal debe firmar este acuerdo.

ESTUDIANTE USUARIO (Print)

ESTUDIANTE USUARIO

Firma)

Estudiante ID#
Fecha

Yo, el padre/legal guardián del estudiante mencionado arriba, ha leído este acuerdo, entiende y está de acuerdo con los términos y condiciones.

Padre/Legal Guardian (Firma)