

CHESTER UNION FREE SCHOOL DISTRICT
PAQUETE DE REGISTRO HOJA DE PORTADA

PRUEBA DE RESIDENCIA

Un (1) documento del Grupo A y tres documentos del Grupo B-excepto si está en un albergue temporal). Todos los documentos deben mostrar su nombre y dirección de Chester. Direcciones de correos de caja no son aceptados como prueba de residencia.

GROUP A:

- Escritura de propiedad
- Contrato de hipoteca
- Arrendamiento residencial con recibo de alquiler actual
- Una declaración de un Arrendador o Propietario con respecto a su arrendamiento
- Prueba de refugio temporal

Una declaración jurada notariada de un tercero que establezca su residencia en el Distrito Escolar Libre Chester Union. Esto debe incluir si paga o no alquiler o servicios públicos.

PRUEBA COMPLEMENTARIA DE RESIDENCIA

Tres (3) documentos del Grupo B. Todos los documentos deben mostrar su nombre y la dirección elegible del Distrito Escolar de Chester. Puede enviar cualquier otra evidencia relevante que desee, incluidos, entre otros, los siguientes tipos de documentación. Si corresponde, el arrendador o propietario debe proporcionar prueba de residencia de lo siguiente.

GROUP B:

- Factura de impuestos
- Extracto bancario
- Factura de luz y gas
- Talón de nómina actual
- Factura telefónica
- Formularios de Medicaid
- Factura de teléfono celular
- Licencia de conducir o identificación de no conducir con dirección
- Factura de cable
- Registro de Vehículo
- Póliza de seguro y/o factura
- Declaración de impuestos del IRS
- Credencial de elector
- Recibo de entrega de la empresa de mudanzas
- Cambio de dirección postal oficial
- Documentos emitidos por agencias de organismos federales, estatales o locales
- Declaración de beneficios de atención médica
- Otros _____

PRUEBA DE EDAD (Una de las siguientes)

- Transcripción original o certificada del certificado de nacimiento de su hijo, independientemente de la nación emisora
- Transcripción original o certificada del certificado de bautismo de su hijo con respecto a la nación emisora.

Si no puede proporcionar ninguno de los documentos anteriores:

- El pasaporte de su hijo independientemente de las naciones emisoras

En ausencia de los documentos anteriores, puede proporcionar cualquier otra documentación que haya existido durante más de dos años que podría usarse para establecer la edad de su hijo. Por ejemplo:

- Licencia de conducir oficial o tarjeta de identificación de no conductor
- Identificación emitida por el gobierno estatal o local
- Tarjeta de identificación de dependiente militar
- Identificación escolar con fotografía y fecha de nacimiento
- Registros de identificación del consulado
- Hospital de registros de salud
- Documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales
- Órdenes judiciales u otros documentos emitidos por la corte
- Documento del tribunal nativo americano
- Registros de agencias de ayuda internacional sin fines de lucro y agencias voluntarias

DE CUSTODIA, TUTELA O ACOGIDA TEMPORAL

- Si los padres están separados, divorciados o tienen una orden de custodia, estos documentos deben entregarse al Distrito. Si son padres de crianza, documentos de la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York (p. ej., LDSS-2999)
- Si la custodia/tutela está con un tercero, debe completar y presentar declaraciones juradas de responsabilidad (padre y persona con custodia). El Distrito considerará las solicitudes de excepciones a este requisito en circunstancias limitadas pero apropiadas.
- Identificación con foto emitida por el gobierno del padre/tutor

DOCUMENTOS DE CUSTODIA (si corresponde) _____

REGISTROS DE SALUD (si corresponde) _____

(Incluyendo Registros de Vacunación y Examen Físico dentro de los 12 meses del comienzo del año escolar)

REGISTRO ESCOLAR/TARJETA DE CALIFICACIONES _____

(Si un estudiante viene de otro distrito escolar, debe preguntar si alguno de los documentos a continuación se aplica a este estudiante)

IEP (solo educación especial) _____

Con el fin de tomar una decisión oportuna con respecto al derecho de un estudiante a la inscripción o la continuación de la inscripción en el Distrito, la información y la documentación anteriores deben entregarse al Registrador mañana (o el próximo día hábil normal si mañana es fin de semana o feriado).

REGISTRAR: Put your initials on the line next to each document that you collect from the parent/legal guardian above.

Once the packet is complete, attach this cover sheet to the packet and give to the building principal for verification.

(REGISTRADOR: Escriba sus iniciales en la línea junto a cada documento que recopile del padre/tutor legal anterior. Una vez que el paquete está completo, adjunte esta portada al paquete y entrégueselo al director del edificio para su verificación.)

PRINCIPAL: Building principal will initial "custody papers" above if applicable. The Director of Special Education will initial "IEP" if applicable. Only the building principal can sign the verification below once all paperwork has been received and reviewed.

Firma del Director del Edificio

Fecha

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTROS

CHESTER UNION FREE SCHOOL DISTRICT

64 HAMBLETONIAN AVENUE CHESTER, NEW YORK 10918

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE LAS ESCUELAS ANTERIORES:

El estudiante mencionado anteriormente se inscribió el _____ en nuestro distrito y entrará en el grado _____

Por favor, envíenos, lo antes posible, la siguiente información:

- Registro escolar (calificaciones finales o calificaciones a la fecha de este año; sistema de calificaciones explicado)
- Resultados de pruebas estandarizadas (Aptitud y desempeño; las escuelas de Nueva York deben incluir resultados de RCT, encuesta de detección, resultados de NYSESLAT/NYSITELL)
- Registros de asistencia
- Registros médicos
- Registros de disciplina
- Informes Psicológicos, si los hubiere.
- Datos familiares, otros datos relevantes

REGISTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Envíe todos los registros CSE (si corresponde) del estudiante mencionado anteriormente a:

Director of Special Education

Chester Union Free School District

64 Hambletonian Avenue

Chester, New York 10918

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> IEP actual | <input type="checkbox"/> Informes Académicos |
| <input type="checkbox"/> Habla | <input type="checkbox"/> Fisioterapia |
| <input type="checkbox"/> Registros psicológicos y evaluaciones | <input type="checkbox"/> Prueba de logros |
| <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Consejería |

Estaríamos encantados de recibir cualquier información adicional que considere de importancia para esta oficina.

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA ENVIAR REGISTROS

Marque la escuela a la que asistirá su hijo.

Por la presente autorizo a enviar todos los registros escolares de mi hijo mencionado anteriormente a:

_____ **Chester Academy**

64 Hambletonian Avenue

Chester, New York 10918

Phone: (845) 469-2231 x3302

FAX: (845) 469-3606

Email: Jennifer.desantis@chesterufsd.org

_____ **Chester Elementary School**

2 Herbert Drive

Chester, New York 10918

Phone: (845) 469-2178 x2202

FAX: (845) 469-2794

Email: heather.laurencell@chesterufsd.org

Firma del Padre / Tutor

Fecha



CHESTER UNION FREE SCHOOL DISTRICT
FORMULARIO DE REGISTRO
DE NUEVO ESTUDIANTE
www.chesterufsd.org 845-469-2231

___ **Chester Academy**

___ **Chester Elementary School**

Nombre Del Estudiante: _____ Género: Masculino
 Apellido Primero Segundo Inicial Femenino
 No Binario

Fecha De Nacimiento: _____ Lugar De Nacimiento _____ Grado _____
 (Mes/ Día/ Año) (Ciudad/Pueblo, Estado)

Dirección: _____
 Calle Apartado postal (si corresponde) Ciudad/Pueblo Estado Código postal

Nombre de la escuela anterior: _____

Por favor marque si el estudiante: Cualquier Necesidad o Consideración Especial Académica:
 ___ Tiene un IEP (educación especial) _____
 ___ Tiene un 504 _____

Comprobar la raza del alumno (marque todo lo que aplique):

___ Cauca blanco ___ Negro o afroamericano ___ Asiático

___ Indígena americano o nativo de Alaska ___ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

¿Comprobar si el estudiante es de origen hispano o latino? ___ Sí, hispano ___ No, no hispano

Hispano, latino o de origen español significa una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano, u otra cultura u origen español, independientemente de su raza.

Lengua dominante hablada en casa: 1 _____ 2 _____

El estudiante de idioma habla con fluidez. _____

HERMANOS:

| NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | GRADO | Género |
|--------|---------------------|-------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

FORMULARIO DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____
(Apellido) (Primero)

| | |
|--|---|
| Padre/tutor (contacto principal) _____ Dirección _____ El estudiante reside con <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Traducción preferida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Celular # _____ Trabajo # _____ Correo electrónico _____ El padre es miembro de las Fuerzas Armadas y está en servicio activo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Padre/tutor (contacto secundario) _____ Dirección (si es diferente) _____ El estudiante reside con <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Traducción preferida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Celular # _____ Trabajo # _____ Correo electrónico _____ El padre es miembro de las Fuerzas Armadas y está en servicio activo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|--|---|

Si mi hijo tiene que ser llevado a casa debido a una enfermedad menor y yo no estoy allí o no se me puede localizar, llame al:

| | |
|--|-----------------------------|
| Nombre del primer contacto _____ | Relación _____ |
| Teléfono celular /teléfono de casa _____ | Dirección _____ |
| Nombre del segundo contacto _____ | Relación _____ |
| Teléfono celular /teléfono de casa _____ | Dirección _____ |
| Nombre del tercer contacto _____ | Relación _____ |
| Teléfono celular /teléfono de casa _____ | Dirección _____ |
| Médico _____ | Dirección _____ Phone _____ |
| My child has the following condition or allergy which requires special handling in any emergency _____ | |

¿Hay alguna persona cuyo acceso a su hijo esté prohibido o restringido por orden judicial? _____

(En caso afirmativo, adjunte copias de la orden judicial)

En caso de emergencia, cuando no pueda comunicarse con uno de los anteriores, autorizo a la escuela a llamar 911 o al médico mencionado anteriormente. Esta autorización también incluye el permiso para divulgar los registros médicos pertinentes necesarios. En caso de que uno de los padres/tutores no pueda ser localizado, por favor lleve a mi hijo al centro de tratamiento de emergencia más cercano, por ambulancia si es necesario. Me doy cuenta de que el distrito escolar no puede asumir la responsabilidad por el pago de honorarios médicos o gastos incurridos

Firma del padre/tutor legal _____ Fecha _____

CHESTER UNION FREE SCHOOL DISTRICT
CUESTIONARIO DE RESIDENCIA

Nombre de la LEA: **CHESTER UNION FREE SCHOOL DISTRICT**

Nombre de Escuela: _____

Nombre de estudiante: _____
(Apellido) (Primero) (Segundo)

Dirección: _____
Calle, Apartamento Unidad # Ciudad/Pueblo Estado Código postal

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento _____
Mes /Día /Año

Género: ___ Masculino ___ Femenino ___ No binario Grado _____ Identificación # _____
(Preescolar-12) (Opcional)

La respuesta que dé a continuación ayudará al distrito a determinar qué servicios usted o su hijo pueden recibir bajo la Ley McKinney-Vento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney-Vento tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela incluso si no tienen los documentos que normalmente se necesitan, como prueba de residencia, prueba de edad, registros escolares o registros de vacunación. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney-Vento: también pueden tener derecho a transporte gratuito y otros servicios.

¿Dónde vive actualmente el estudiante? (Por favor, verifique uno en la casilla)

- En un refugio
- Con otra familia u otra persona debido a la pérdida de vivienda o como resultado de dificultades económicas (a veces referido como "doblado")
- En un hotel/motel
- En un automóvil, parque, autobús, tren o campamento
- Otra situación de vivienda temporal (Por favor describa): _____
- En vivienda permanente

Imprimir nombre _____
Padre, tutor o estudiante (para jóvenes sin hogar acompañados)

Firma _____
Padre, tutor o estudiante (para jóvenes sin hogar acompañados)

Fecha (Mes /Día /Año) _____

Si CUALQUIER casilla que no sea "En vivienda permanente" está marcada, entonces el estudiante/la familia debe ser remitido inmediatamente al enlace de McKinney-Vento (MV). En esos casos, **la prueba de residencia** y otros documentos normalmente necesarios para la inscripción **no son necesarios y el estudiante debe ser inscrito inmediatamente**. Después que el estudiante ha sido inscrito, el distrito/escuela debe comunicarse con el distrito/escuela anterior a la que asistió para solicitar los registros educativos del estudiante, incluidos los registros de vacunación, y el enlace de MV del distrito de inscripción debe ayudar al estudiante a obtener cualquier otro documento o vacuna necesaria.



Lisette 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

Cuestionario de Idioma del Hogar ("HLO" por sus siglas en inglés)

Estimados padres o tutores:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas. Gracias.

| Por favor escriba con claridad al completar esta sección. | | |
|---|----------------|----------------------------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE: | | |
| Nombre | Segundo nombre | Apellido |
| FECHA DE NACIMIENTO: | | GÉNERO: |
| Mes | Día | Año |
| INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL | | |
| Apellido | Primer Nombre | Relación con el estudiante |
| CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR | | |

Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

| | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------|---|
| 1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro | _____ |
| | | | <i>especifique</i> |
| 2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro | _____ |
| | | | <i>especifique</i> |
| 3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor? | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | _____ |
| | | | <i>especifique</i> |
| | <input type="checkbox"/> Tutor(es) | | _____ |
| | | | <i>especifique</i> |
| 4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro | _____ |
| | | | <i>especifique</i> |
| 5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> No sabe hablar |
| | | | <i>especifique</i> |
| 6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> No sabe leer |
| | | | <i>especifique</i> |
| 7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> No sabe escribir |
| | | | <i>especifique</i> |

TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: _____

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

*Sí** *No* *No se sabe*
 * En caso afirmativo, por favor explique : _____

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? Poca gravedad Algo grave Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? No Sí* * Por favor, llene 10b.

10b. **Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?*

No Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió:

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):

De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) 3 a 5 años (Educación Especial) 6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)? No Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?

(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

.....

.....

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

_____ Mes: _____ Día: _____ Año: _____
Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal *Date*

Relación con el estudiante: Madre Padre Otra: _____

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

_____ MO. _____ DAY _____ YR.

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

CHESTER UNION FREE SCHOOL DISTRICT

OFICINA DE SALUD

_____ **Chester Academy**
64 Hambletonian Avenue
Chester, New York 10918
Phone: 845-469-2231 x3315
FAX: 845-469-6634

_____ **Chester Elementary School**
2 Herbert Drive
Chester, New York 10918
Phone: 845-469-2178 x2209
FAX: 845-469-2170

Nombre de estudiante: _____
(Apellido) (Primero) (Segundo)

Fecha De Nacimiento: _____ **Lugar De Nacimiento** _____
(Mes/ Día/ Año) (Ciudad/Pueblo, Estado)

Dirección: _____
Calle, Apartamento Unidad # Ciudad/Pueblo Estado Código postal

Número de teléfono particular del estudiante: _____

Padre/tutor (contacto principal) _____ **Relación** _____

Vive con: Sí No **Celular #** _____ **Trabajo #** _____

Padre/tutor (contacto secundario) _____ **Relación** _____

Vive con: Sí No **Celular #** _____ **Trabajo #** _____

Indique si su hijo ha sido tratado por alguna de las siguientes enfermedades/condiciones:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolores de Garganta Frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Varicela - Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Dolores de Oído Frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Mononucleosis |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Fracturas de Hueso | <input type="checkbox"/> Cardiopatía |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Ha sido hospitalizado su hijo por alguna enfermedad o lesión grave? Sí En caso afirmativo, indique _____

¿Su hijo toma medicamentos con regularidad? Sí Nombre del medicamento: _____

¿Su hijo tiene alguna alergia? Sí If Yes, please list _____

Has your child received medical treatment for any allergic reaction Sí En caso afirmativo, enumere esas alergias:

¿Tiene su hijo alguna condición médica que pueda requerir PRIMEROS AUXILIOS inmediatos? Sí

En caso afirmativo, describa: _____

¿Existe algún servicio especial que su hijo requiera y que la escuela deba conocer? _____

¿Su hijo usa anteojos? Sí No Fecha del último examen de la vista: _____

FIRMA DEL PADRE / TUTOR

Fecha

CHESTER UNION FREE SCHOOL DISTRICT
OFICINA DE SALUD

_____ **Chester Academy**

64 Hambletonian Avenue
Chester, New York 10918
Phone: 845-469-2231 x3315
FAX: 845-469-6634

_____ **Chester Elementary School**

2 Herbert Drive
Chester, New York 10918
Phone: 845-469-2178 x2209
FAX: 845-469-2170

Los exámenes físicos deben realizarse dentro de los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar en el que se requiere el examen o dentro de los 15 días posteriores a la inscripción para que sean aceptables. Si elige que su proveedor de atención médica examine a su hijo, envíe el formulario médico completo a la oficina de salud escolar antes del **30 de septiembre**. Si no se recibe para esta fecha, se programará un examen físico a su hijo con la enfermera practicante de la escuela.

Como parte de un examen de salud escolar requerido, se pesa al estudiante y se mide su altura. Estos números se utilizan para calcular el índice de masa corporal o "IMC" del estudiante. El IMC ayuda al médico o la enfermera a saber si el peso del estudiante está dentro de un rango saludable o si es demasiado alto o demasiado bajo. Se seleccionará una muestra de distritos escolares para participar en una encuesta realizada por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Si nuestra escuela es seleccionada para ser parte de la encuesta, informaremos al Departamento de Salud del Estado de Nueva York información sobre los grupos de estado de peso de nuestros estudiantes. Sólo se envía información resumida. No se envían nombres ni información sobre estudiantes individuales. Sin embargo, puede optar por excluir la información de su hijo de este informe de encuesta. Visite el sitio web del distrito para acceder al formulario de exclusión opcional.

Se realizarán exámenes anuales de la vista, la audición y la escoliosis de acuerdo con las pautas del Estado de Nueva York.

Si su hijo necesitará tomar medicamentos en la escuela, pídale al proveedor de atención médica de su hijo que complete el formulario de Medicamentos en la escuela que se puede encontrar en la página web de la Oficina de Salud en el sitio web del distrito.

Complete esto y devuelva el formulario a la oficina de salud de la escuela:

- Haré que mi hijo sea examinado por mi propio proveedor de atención médica.
- El examen ha sido programado para la siguiente fecha: _____ / _____ / _____
- Me gustaría que la enfermera practicante examinara a mi hijo en la escuela.

Nombre de estudiante _____ **Grado** _____

FIRMA DEL PADRE / TUTOR

Fecha

CHESTER UNION FREE SCHOOL DISTRICT
FORMULARIO DE SOLICITUD DE TRANSPORTE

POR FAVOR VERIFIQUE A QUÉ ESCUELA ASISTE SU ESTUDIANTE:

___ **Chester Academy**

___ **Chester Elementary School**

Nombre de estudiante: _____
(Apellido) (Primero) (Segundo)

Grado _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Género:** ___ **Masculino** ___ **Femenino** ___ **No binario**

Dirección: _____
Calle, Apartamento Unidad # Ciudad/Pueblo Estado Código postal

Padre/tutor (contacto principal) _____ **Relación** _____

Celular # _____ **Trabajo #** _____

Padre/tutor (contacto secundario) _____ **Relación** _____

Celular # _____ **Trabajo #** _____

Contacto de emergencia (si no podemos localizarlo) _____

Celular # _____ **Relación** _____

| | | | |
|--|-----------------|---------------|----------------------|
| <u>DIRECCIÓN UTILIZADA PARA RECOGER Y DEJAR EN EL AUTOBÚS, SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR:</u> | | | |
| A.M.: | _____ | _____ | _____ |
| | Dirección Calle | Ciudad/Pueblo | Estado Código postal |
| P.M.: | _____ | _____ | _____ |
| | Dirección Calle | Ciudad/Pueblo | Estado Código postal |

FIRMA DEL PADRE / TUTOR _____
Fecha

(SOLO PARA USO DE TRANSPORTE)

STUDENT I.D. _____ START DATE _____

A.M. Bus No. _____ Stop _____

P.M. Bus No. _____ Stop _____

Date forwarded to Student Bus Company _____

CHESTER UNION FREE SCHOOL DISTRICT
Formulario de Registro del Portal Para Padres

Todos los padres/tutores del Distrito Escolar Libre de Chester Union son elegibles para acceder al Portal para Padres del distrito a través de SchoolTools. Este servicio en línea permite a los padres ver información de los estudiantes, como calificaciones, boletas de calificaciones e información de contacto de emergencia. Esto variará según la escuela.

Cuando la escuela cree su cuenta del Portal para padres, recibirá una notificación en la dirección de correo electrónico proporcionada. El correo electrónico contendrá el enlace al portal para padres de SchoolTools y su contraseña. Se recomienda descargar la aplicación móvil SchoolTool.

Nombre _____ Grado _____

Nombre _____ Grado _____

Nombre _____ Grado _____

Nombre _____ Grado _____

Nombre _____ Grado _____

Nombre _____ Grado _____

Por favor escriba de forma legible: indique la diferencia entre caracteres similares – O y Ø ; l y 1.

Nombre del padre/tutor principal que solicita la comunicación por correo electrónico:

Dirección de correo electrónico:

Teléfono (xxx-xxx-xxxx): _____

Nombre del segundo padre/tutor que solicita la comunicación por correo electrónico:

Dirección de correo electrónico:

Teléfono (xxx-xxx-xxxx): _____

Su firma a continuación confirma su deseo de comunicación electrónica sobre asuntos relacionados con su hijo/hijos (Requerido)

FIRMA DEL PADRE / TUTOR

Fecha

CHESTER UNION FREE SCHOOL DISTRICT

Reconocimiento de Políticas de Computadora/Internet y Código de Conducta

1. Reconocimiento de la política de uso de recursos de información computarizados (uso aceptable) por parte de los estudiantes
2. Chester Union Free School District Reconocimiento del Código de Conducta y Manual del Estudiante

Iniciales del estudiante:

- _____ 1. He recibido la autorización del Chester Union Free School District sobre la **Política de uso de recursos de información computarizados (uso aceptable) por parte de los estudiantes** y acepto cumplir con los términos y condiciones contenidos en ellos. Además, entiendo que la violación de la política y los reglamentos no es ético y puede constituir un delito penal. Si cometo alguna infracción, se pueden suspender o revocar mis privilegios de acceso y se pueden tomar medidas disciplinarias escolares y/o acciones legales apropiadas.
- _____ 2. He recibido el **Código de Conducta y Manual del Estudiante del Chester Union Free School District** y acepto cumplir con los términos y condiciones contenidos en ellos. Si cometo alguna infracción, se pueden tomar medidas disciplinarias escolares y/o acciones legales apropiadas.

Iniciales del padre/tutor:

- _____ 1. Como padre/tutor de este estudiante, he recibido y leído la **Política de uso de recursos de información computarizados (uso aceptable) por parte de los estudiantes**. Entiendo que este acceso está diseñado para fines educativos. Sin embargo, también reconozco que es imposible que el Chester Union Free School District restrinja el acceso a todos los materiales controvertidos y no los responsabilizaré por los materiales adquiridos en la red. En consideración por el privilegio de usar la red informática del Distrito y en consideración por tener acceso a las redes públicas, por la presente libero al Distrito, sus operadores y cualquier institución con la que estén afiliados de cualquier reclamo y daños de cualquier naturaleza que surjan de mi el uso del niño, o la incapacidad de usar, la red y para Internet. Por la presente doy mi permiso para que mi hijo acceda a Internet y certifico que la información contenida en este formulario es correcta.
- _____ 2. He recibido el **Chester Union Free School District Código de Conducta y Manual del Estudiante** y acepto cumplir con los términos y condiciones contenidos en ellos. Si mi hijo comete alguna infracción, se pueden tomar medidas disciplinarias escolares y/o acciones legales apropiadas.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído la información anterior y que he puesto mis iniciales en cada párrafo que me concierne.

Padre/Tutor

| | | |
|------------------|--------------------|-------|
| | | |
| IMPRIMIR: NOMBRE | IMPRIMIR: APELLIDO | Firma |

Estudiante

| | | |
|------------------|--------------------|-------|
| | | |
| IMPRIMIR: NOMBRE | IMPRIMIR: APELLIDO | Firma |