

DOCUMENTACIÓN PARA INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

I. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

(POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN TINTA AZUL OR NEGRA)

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Estudiante  
 (Apellido, Nombre, Inicial del Medio)

\_\_\_\_\_  
 Número de OSIS  
 (Se puede dejar en blanco)

\_\_\_\_\_  
 Talla de camisa

\_\_\_\_\_  
 Dirección

\_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
 Lugar de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
 Ciudad

\_\_\_\_\_  
 Estado

\_\_\_\_\_  
 Código Postal

\_\_\_\_\_  
 Género

\_\_\_\_\_  
 Grado que estará entrando

\_\_\_\_\_  
 Teléfono

\_\_\_\_\_  
 Nombre de la escuela más reciente que asistió

El estudiante vive con (marque los que correspondan):

Madre

Abuela

Madrastra

Tía

Padres de Crianza

Padre

Abuelo

Padrastro

Tío

Otro \_\_\_\_\_

II. INFORMACIÓN FAMILIAR

Madre/Guardián 1

\_\_\_\_\_  
 Nombre de la Madre/Guardián

\_\_\_\_\_  
 Relación al Estudiante

\_\_\_\_\_  
 Dirección de la Madre/Guardián

\_\_\_\_\_  
 Teléfono Celular de la Madre/Guardián

\_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa de la Madre/Guardián

\_\_\_\_\_  
 Teléfono del trabajo de la Madre/Guardián

\_\_\_\_\_  
 Empleado de la Madre/Guardián

\_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico de la Madre/Guardián

\_\_\_\_\_  
 Idioma Preferido de la Madre/Guardián

Padre/Guardián 2

Nombre del Padre/Guardián	Relación al Estudiante
Dirección del Padre/Guardián	
Teléfono Celular del Padre/Guardián	Teléfono de la casa del Padre/Guardián
Teléfono del trabajo del Padre/Guardián	Empleado del Padre/Guardián
Correo Electrónico del Padre/Guardián	Idioma Preferido del Padre/Guardián

¿Quién es la persona de contacto principal para este estudiante?

Madre/Guardián 1     Padre/Guardián 2

### III. CONTACTOS DE EMERGENCIA / ACOMPAÑANTES AUTORIZADOS

Por favor, indique el nombre de 5 personas que se pueden llamar en caso de emergencia. Estas personas también serán autorizadas para recoger a su estudiante de la escuela (debe tener al menos 16 años de edad).

Nombre	Relación al Estudiante	Teléfono Celular	Teléfono de la Casa	Teléfono del Trabajo

La Escuela tiene mi permiso expreso para liberar a mi hijo a cualquiera de las personas mencionadas arriba.

Nombre del Pariente/Guardián	Firma del Pariente/Guardián	Fecha
------------------------------	-----------------------------	-------

La siguiente persona no puede recoger a mi hijo de la escuela (Orden de protección debe estar en el archivo):

Nombre	Relación al Estudiante	<input type="checkbox"/> Marque si la documentación está en el archivo.
--------	------------------------	---

IV. PREFERENCIA DE TRANSPORTE

Por favor indicar su preferencia para el transporte diario de su hijo a la escuela. Los estudiantes son elegibles para un Metrocard o servicio de autobús amarillo conforme a las políticas del Departamento de Educación. Tenga en cuenta que la elegibilidad para obtener Metrocard o autobús de la escuela es determinada por el Departamento de Educación. Según el [Reglamento A-801 del Cancellor](#), elegibilidad de transporte para los niños que no son mandato para el transporte especializado debido a su IEP (Programa de Educación Individualizado), se determina sobre la base de grado del estudiante y la distancia entre la residencia del estudiante y la escuela.

- Metrocard     
  Autobús Escolar\*     
  Renuncio a los servicios de transporte en este momento y entiendo que puedo solicitar estos servicios en cualquier momento.

	Menos de ½ Milla	½ Milla a menos de 1 milla	1 milla a menos de 1 ½ millas	1 ½ millas o más
6 <sup>th</sup> Grado	No son Elegibles		Bus Escolar o tarifa completa	Bus Escolar o tarifa completa
7 <sup>th</sup> Grado	No son Elegibles	Tarifa Media	Tarifa Media	Tarifa Completa

\*\*\*\*\*

La seguridad y el bienestar de nuestros estudiantes es de suma importancia. Animamos a las familias a recoger a sus hijos de la escuela todos los días. Sin embargo, las familias pueden optar por permitir que su hijo camine a casa desde la escuela sin un acompañante adulto. Por favor marque su preferencia en la parte siguiente:

- Doy permiso para que mi hijo(a) se vaya solo a la casa al final del día escolar regular y/o actividades después de la escuela.
- NO DOY permiso para que mi hijo(a) se vaya solo a la casa al final del día escolar.

V. SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Por favor marque cualquiera de los siguientes servicios que recibe su hijo:

<input type="checkbox"/> Educación Especial – Aula Integrada (ICT)	<input type="checkbox"/> Asesoramiento
<input type="checkbox"/> Educación Especial – Aula Pequeña (12:1 or 12:1:1)	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional
<input type="checkbox"/> Educación Especial – Aula de Recursos (SETSS)	<input type="checkbox"/> Fisioterapia
<input type="checkbox"/> Terapia del Habla	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Si su hijo tiene un Plan de Educación Individualizada (IEP) por favor enviarlo a la escuela lo antes posible.

## VI. HISTORIA CLÍNICA

*Por favor marque los que apliquen:*

- Asma       Alergias (Alimentos/Otros)       Diabetes       Problemas Cardiacos  
 Trastorno Convulsivo       Otro (por favor explique) \_\_\_\_\_

¿Su hijo está tomando algún medicamento?       Sí       No

*En caso afirmativo, indique a continuación:*

\_\_\_\_\_  
Medicación y Condición

\_\_\_\_\_  
Medicación y Condición

\_\_\_\_\_  
Medicación y Condición

\_\_\_\_\_  
Medicación y Condición

¿Esta su hijo bajo tratamiento para cualquier condición médica?       Sí       No

*En caso afirmativo, explique:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Es su hijo alérgico a algún alimento?       Sí       No

*En caso afirmativo, INDIQUE los alimentos y explicar los PROCEDIMIENTOS que se debe seguir si se produce una reacción:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Hospital Preferido: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del doctor: \_\_\_\_\_

¿Usa su hijo lentes?       Sí       No

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MEDICO

*Doy mi permiso para que la enfermera de la escuela administre primeros auxilios cuando sea necesario. Además, doy mi permiso para que la enfermera de la escuela comparta información médica, según sea apropiado, al personal/ facultad de la escuela involucrado y al personal médico sobre las actividades relacionadas con la escuela. Entiendo que, en una situación de urgencia, se hará todo lo posible para ponerse en contacto los padres y con el médico de familia inmediatamente. En el caso de que no se pueda alcanzar con prontitud, doy permiso a la escuela para obtener tratamiento médico de emergencia necesario para mi hijo con el entendimiento de que la familia se le notificará tan pronto como sea posible. Reconozco que debo notificar a la escuela por escrito de cualquier cambio en los datos recogidos en este formulario.*

\_\_\_\_\_  
Nombre del Pariente/ Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del Pariente/ Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Yo entiendo que los medicamentos (con receta o sin receta) sólo pueden ser administrados una vez el plan de 504 ha sido completado por el médico de mi hijo y aceptado por la enfermera de la escuela.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Pariente/ Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del Pariente/ Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

## VII. INFORMACIÓN DE RESIDENCIA ESTUDIANTIL

Este cuestionario se propone abordar la ley de McKinney-Vento 42 USC 11435. Las respuestas que dan a continuación le ayudará a la escuela determinar qué servicios usted o su hijo pueden recibir.

Género:  Masculino  Femenino      Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1. ¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporal?  Sí  No

2. ¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas?  
 Sí  No

Si su respuesta es Sí a las preguntas anteriores, por favor complete el resto de esta forma. Si su respuesta es NO a las preguntas anteriores, puede detenerse aquí.

¿Dónde está el estudiante viviendo actualmente? (Marque una caja)

- En un albergue
- Con otra familia
- En un hotel/motel
- En un lugar no diseñado para dormir (por ejemplo, carro, autobús, tren)
- Pasar de un lugar a otro

¿Está el niño físicamente bajo la custodia de un padre o guardián legal?  Sí  No

Nombre del padre(s)/ guardián legal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

*La presentación de información falsa o la falsificación de documentos es un delito bajo la Sección 37.10 del Código Penal, y la inscripción del niño con documentos falsos somete a la persona responsable a costos de matrícula u otros costos. TEC Sec. 25.002 (3) (3).*

\_\_\_\_\_  
Nombre del Pariente/ Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del Pariente/ Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

## VII. CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE IMAGEN Y VOZ EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

School in the Square Charter School le gusta promover las actividades, honores, y el trabajo de nuestro personal y estudiantes. Lo hacemos con estos individuos a través del boletín, la página web de nuestra escuela, cuentas de medios sociales (por ejemplo, Facebook, Twitter e Instagram), y materiales promocionales (por ejemplo, folletos, banderas, y documentos de contratación). A lo largo de cada año escolar, los estudiantes serán entrevistados y/o fotografiados para su uso en los medios de comunicación y publicaciones como se ha descrito anteriormente. Entendemos que algunos padres no quieren que nosotros usemos las imágenes y/o extractos de trabajo de sus hijos. Por favor marque una caja abajo para informarnos de sus deseos para su hijo.

Doy permiso para que mi hijo sea entrevistado, identificado, fotografiado y/o filmado para su uso en diversas publicaciones y medios de la escuela, incluyendo, pero no limitado al boletín de la escuela, sitio web, medios sociales, y materiales promocionales.

Solicito que no se publique entrevistas ni fotografías/videos de mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Pariente/ Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del Pariente/ Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

X. FORMULARIO PARA VIAJES EN LA VECINDAD

Doy permiso para que mi hijo/a participe en todos los viajes de la vecindad de la escuela School in the Square. Los viajes de la vecindad incluirán paseos a los bomberos, el departamento de policía, biblioteca, parques u otros lugares dentro de un radio de cinco cuadras de la escuela.

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Pariente/ Guardián                      Firma del Pariente/ Guardián                      Fecha

XI. PÁGINA DE FIRMAS DE LOS PADRES PARA FERPA

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad (FERPA) es una ley federal diseñada para proteger la privacidad de los registros educativos del estudiante. FERPA les da a los padres ciertos derechos con respecto a los registros de educación de sus hijos.

He leído la ley FERPA que me fue dada por la escuela School in the Square.\*

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Pariente/ Guardián                      Firma del Pariente/ Guardián                      Fecha

\* Tenga en cuenta que este documento se encuentra detrás del paquete de inscripción en su carpeta

XII. ¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?

*Por favor marque los que apliquen:*

- Correo Directo/postal
- Palabra de Boca
- Internet
- Pasé por la escuela
- Recomendado por la escuela de mi hijo (Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_)
- Anuncio de autobús MTA
- Solicitud Común de la Ciudad de Nueva York
- Otro (Por favor explique: \_\_\_\_\_)



Para ser completado por la FAMILIA

IX. STUDENT RECORD RELEASE/LIBERACIÓN DE REGISTRO DE ESTUDIANTES

RELEASING/CURRENT SCHOOL  
 ESCUELA ACTUAL

RECEIVING SCHOOL  
 ESCUELA RECIBIENTE

\_\_\_\_\_  
 School/Escuela

School in the Square  
 120 Wadsworth Ave.  
 New York, NY 10033

\_\_\_\_\_  
 Address/Dirección

\_\_\_\_\_  
 City/Ciudad, State/Estado Zip/Código Postal

Para ser completado por la FAMILIA

My child is currently enrolling in School in the Square Public Charter School. Please release the academic and health records to the above named receiving school. If applicable, please provide this records.

Estoy inscribiendo a mi hijo en School in the Square Charter School. Por favor, liberar los registros académicos y de salud a la escuela recibiente mencionada arriba. Si es aplicable, presentar los registros.

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Nivel de grado para el año escolar 2018-19

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Pariente/ Guardián

\_\_\_\_\_  
 Firma del Pariente/ Guardián

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Para ser completado por el personal de la escuela actual

Para ser completado por el personal de la escuela actual:

¿Fue este niño recomendado para la retención en la conclusión del último año escolar?

- Si
- No
- Clases de verano pendiente

Firma del personal de la escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_