DISTRITO ESCOLAR DE MIDDLE COUNTRY
REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN

25 N BICYCLE PATH, SELDEN NY 11784 TELÉFONO: 631-285-8890
CERRADO LOS VIERNES DE JULIO Y AGOSTO

- **Original o fotocopia del documento acreditativo de edad.**
  Ejemplos:
  - Acta de nacimiento
  - Licencia de conducir
  - Pasaporte
  - Certificado de bautismo
  - Notificación de registro de partida de nacimiento
  - Registro de naturalización
  - Registro de inmigración
  - Cartilla de vacunación
  - Registro escolar
  - Registro del censo
  - Foto escolar con fecha de nacimiento.
  - Órdenes judiciales u otros documentos emitidos por el tribunal

- **Número de FAX o dirección de correo electrónico de la escuela anterior** y documento de transferencia o retiro de la escuela anterior

- **Expediente académico para estudiantes de secundaria.**

- **Comprobante de residencia en el Distrito Escolar de Middle Country.**
  Ejemplos:
  - Facturas actuales de servicios públicos (electricidad, gas, combustible, agua, televisión por cable o satélite)
  - Estado de cuenta de la hipoteca actual
  - Escritura de su casa
  - Cambio de dirección de la oficina de correos
  - Compromiso hipotecario
  - Póliza de seguro de inquilino vigente
  - Registro de votantes
  - Arrendamiento original
  - Formulario de impuesto sobre la renta
  - Documentos de membresía
  - Licencia de conducir oficial
  - Identificación emitida por el estado o el gobierno
  - Recibo de pago

- Registro de vacunación: un certificado de vacunación firmado o sellado con membrete del médico o un registro de salud firmado por la escuela anterior que indique fechas específicas de cantidades. (Ver vacunas requeridas para estudiantes).

- Identificación con fotografía del padre/tutor

- Trámites de custodia si corresponde.

MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES

☐ NEW STUDENT ☐ RE-ENTRY

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

STUDENT ID #

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento

Ciudad natal	Estado	País	

BUILDING

GRADE

ESL	SPED

ATTACHED	
Immunizations	
Custody Papers	

INFORMACIÓN ÉTNICA Y RAZA DEL NIÑO

Por favor responda la pregunta de dos partes.	¿El niño es hispano o latino?	SI	NO

Por favor indique cualquier raza que aplique, seleccione una o más.		B - Moreno o Afroamericano
P – Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico		W - Blanco
I - Indio americano o nativo de Alaska		A - Asiático

INFORMACIÓN ANTERIOR DE LA ESCUELA

Última escuela a la que asistió	Nivel de grado	Nombre del distrito

Dirección

¿Recibe su hijo algún servicio de educación especial?	Si	No

COMPLETE SI EL ESTUDIANTE VUELVE A INGRESAR AL DISTRITO ESCOLAR DE MIDDLE COUNTRY

Última fecha y escuela a la que asistió

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR (donde reside el niño)

Proof of Residence

Apellido: Padre 1 o Tutor 1	Primer Nombre	Relacion hacía el niño
		___ Padre biológico/adoptivo ___ Guardián legal ___ Cuidado de custodia ___ Orfanato ___ Padrastro
Numero de Celular ( )	Número de Trabajo ( )	
Correo electrónico:		

Apellido: Padre 2 o Tutor 2	Primer Nombre	Relacion hacía el niño
		___ Padre biológico/adoptivo ___ Guardián legal ___ Cuidado de custodia ___ Orfanato ___ Padrastro
Numero de Celular ( )	Número de Trabajo ( )	
Correo electrónico:		

Dirección de residencia			
CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Dirección postal (si es diferente)			Teléfono de casa ( )

¿Se habla un segundo idioma en casa?	Si	No	En caso afirmativo, ¿cuál es el idioma?

¿La inscripción está relacionada con la falta de vivienda?	Si	No

SI CORRESPONDE, PROPORCIONE EL NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMEROS DE TELÉFONO DEL PADRE QUE NO VIVE CON EL NIÑO

NOMBRE				Número de casa ( )
CALLE	CUIDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	Numero de celular ( )
				Número de trabajo ( )
¿DEBE ESTE PADRE RECIBIR CORREO ESCOLAR?		Si	No	Correo electrónico

Firma del Padre / Tutor _____ **Fecha:** _____

CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre del Distrito Escolar: MCCSD _____

Nombre de la Escuela: TBD _____

Nombre del Estudiante: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Género: ☐ Hombre ☐ Mujer Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Grado: _____ ID#: _____
Mes Día Año (jardín de infantes – 12) (opciónal)

Dirección: _____ Teléfono: _____

Su respuesta abajo permitirá al distrito escolar definir los servicios que puede aprovechar su hijo/hija según el Acto de McKinney-Vento. Los estudiantes elegibles tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, aun si ellos no tienen los documentos necesarios tales como: prueba de residencia, documentos escolares, documentos de inmunización, o partida de nacimiento. Los estudiantes elegibles según el Acto de McKinney-Vento tienen además derecho al transporte gratuito y otros servicios que ofrece el distrito escolar.

¿Donde está el estudiante viviendo actualmente? (*Por favor marque **una** caja.*)

- ☐ En un refugio
- ☐ Con otra familia o otra persona debido a la pérdida del hogar o a dificultades económicas
- ☐ En un hotel/motel
- ☐ En un carro, parque, autobús, tren, o camping
- ☐ Otra vivienda temporal (Por favor describa):

  _____

- ☐ En un hogar permanente

_____ _____
Nombre de Padre, Guardián, o Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento) **Firma** de Padre, Guardián, o Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

_____
Fecha

MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

ATTN: HEALTH OFFICE

ESTIMADOS PADRES O TUTORES:

CUANDO SU HIJO/A INGRESA A LA ESCUELA, ESTABLECEMOS UN ARCHIVO DE REGISTRO ACUMULATIVO QUE NOS PERMITE COMPRENDER MEJOR SUS NECESIDADES. DE MÁS ESTÁ DECIR QUE TODA LA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LE PEDIMOS QUE RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS EN LETRA IMPRENTA Y DE MANERA PROLIJA. GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.

NOMBRE _____ SEXO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ ESCUELA _____

DIRECCIÓN _____ N.° DE TEL. DEL HOGAR _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR _____ N.° DE CELULAR _____

NOMBRE DE LA MADRE/TUTORA _____ N.° DE CELULAR _____

LUGAR DE EMPLEO DE LOS PADRES

PADRE/TUTOR _____ N.° DE TEL. DEL TRABAJO _____

MADRE/TUTORA _____ N.° DE TEL. DEL TRABAJO _____

MÉDICO AL QUE SE DEBE LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA _____ N.° DE TELÉFONO _____

EL TRANSPORTE DE UN NIÑO ENFERMO QUEDARÁ A CARGO DE LOS PADRES O DE LAS PERSONAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE
SI HUBIERA ALGUNA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN MENCIONADA ANTERIORMENTE, LOS PADRES SERÁN LOS RESPONSABLES DE NOTIFICAR A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.

FOR OFFICE USE ONLY:

_____ IMMUNIZATION RECORD VERIFIED/ATTACHED

Initials of Central Registration staff member _____

INDIQUE SI SU HIJO/A TIENE ALGUNO DE ESTOS ANTECEDENTES Y DESCRIBA A CONTINUACIÓN:

ANEMIA _____ ASMA _____ ALERGIAS _____ DIABETES _____ EPILEPSIA _____
ENFERMEDAD CARDÍACA _____ ENFERMEDAD RENAL _____ TUBERCULOSIS O CONTACTO CON TB _____
ENFERMEDADES GRAVES, LESIONES, OPERACIONES _____
EXPLICACIÓN DE LO MENCIONADO ANTERIORMENTE: _____
¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO REGULARMENTE? NO _____ SÍ _____
¿SE LE ADMINISTRARÁN MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR? NO _____ SÍ _____

LA LEY DEL ESTADO DE NUEVA YORK REQUIERE QUE LOS PADRES PRESENTEN UNA SOLICITUD POR ESCRITO A LA ESCUELA, LA CUAL DEBE ESTAR ACOMPAÑADA POR UNA SOLICITUD POR ESCRITO DE PARTE DEL MÉDICO, EN LA QUE SE INDIQUE LA FRECUENCIA Y LA DOSIS DEL MEDICAMENTO RECETADO. LOS PADRES DEBEN TRAER ESTE MEDICAMENTO EN UN FRASCO PARA MEDICAMENTOS.

PROBLEMAS DE LA VISTA: NO _____ SÍ _____ ESPECIFIQUE _____
USA ANTEOJOS NO _____ SÍ _____ FECHA DEL EXAMEN _____
NOMBRE DEL DR./DIRECCIÓN _____

PROBLEMAS AUDITIVOS NO _____ SÍ _____ USA AUDÍFONOS NO _____ SÍ _____
ESPECIFIQUE:

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN _____
NOMBRE DEL MÉDICO _____
DIRECCIÓN

SI REQUIERE ALGUNA MODIFICACIÓN EN EL PROGRAMA ESCOLAR, DEBE PRESENTAR LA RECOMENDACIÓN ESCRITA DEL MÉDICO.
FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR _____

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK
Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes para alumnos de preescolar[i]

Estimado padre, madre o tutor:
Gracias por completar el Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes. Esta encuesta aportará a su escuela nueva información valiosa sobre la experiencia de su hijo con los idiomas. La información reunida servirá para que los educadores de preescolar puedan brindar un nivel de instrucción relevante desde el punto de vista lingüístico y académico, que afiance el idioma y la alfabetización de todos los alumnos.

ESTA SECCIÓN SOLO SERÁ COMPLETADA POR PERSONAL ESCOLAR O A CARGO DE LA INSCRIPCIÓN Y SE ARCHIVARÁ
Fecha en que se completó el perfil:
Nombre del estudiante:
Sexo:
Fecha de nacimiento:
Nombre de la organización con base en el distrito o la comunidad:
Nro. de identificación del estudiante (si corresponde):
Nombre de la persona que administra el perfil:
Puesto:

Información del padre, la madre o la persona que desempeña un rol parental
Nombre del padre, la madre o la persona que se desempeña un rol parental:
Relación (con el estudiante) de la persona que brinda la información para este perfil: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro
¿En qué idiomas desea recibir información de la escuela? ☐ Inglés ☐ Otro idioma que se habla en el hogar:
Idioma que se habla en el hogar
1. ¿En qué idiomas le hablan ustedes (los padres o tutores) a su hijo en el hogar?
2. ¿Cuáles son los idiomas principales del padre/madre/tutor en su hogar individualmente? (Enumere todos los que correspondan.)
3. ¿Hay un cuidador en el hogar? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿qué idiomas habla el cuidador con más frecuencia?
4. ¿Qué idiomas entiende su hijo?
5. ¿En qué idiomas habla su hijo con otras personas?
6. ¿Su hijo tiene hermanos? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿qué idiomas hablan los niños entre ellos la mayor parte del tiempo?

7a. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones cortas?

¿En qué idioma?

7b. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones completas?

¿En qué idioma?

8. ¿Qué idioma utiliza su hijo en los juegos de simulación?

9. ¿Cómo ha aprendido inglés su hijo hasta este momento (programas de televisión, hermanos, personas a cargo del cuidado, etc.)?

Idioma fuera del hogar/de la familia

10. ¿Su hijo ha asistido a algún programa de guardería, Head Start o de cuidado infantil? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué idioma se hablaba en el programa?

¿En qué idiomas interactúa su hijo con otras personas en el entorno de guardería o cuidado infantil?

11. ¿Cómo describiría el uso del idioma que hace su hijo con los amigos?

Objetivos de idioma

12. ¿Cuáles son sus objetivos de idioma para su hijo? Por ejemplo, ¿quiere que su hijo aprenda a hablar bien más de un idioma?

13. ¿Ha expuesto a su hijo a más de un idioma para asegurarse de que sea bilingüe o multilingüe? ☐ Sí ☐ No

14. ¿Su hijo necesita hablar un idioma distinto del inglés para comunicarse con sus parientes o familia extendida? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué idioma?

Alfabetización emergente

15. ¿Su hijo tiene libros en el hogar, o lee libros de la biblioteca?

¿En qué idioma le leen estos libros?

16a. ¿Su hijo puede decir algunas letras o sonidos en inglés? ☐ Sí ☐ No

16b. ¿Su hijo puede reconocer letras o símbolos en otro idioma? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
17a. ¿Su hijo simula leer? ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro En caso afirmativo, ¿en qué idioma? 17b. ¿Su hijo simula escribir? ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
18. ¿Su hijo cuenta historias de sus libros o videos favoritos? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
19. ¿El programa de cuidado infantil o guardería de su hijo describe objetivos para su aprendizaje? ☐ Sí ☐ No De ser así, ¿qué objetivos describe?
20. Describa algo especial que haya hecho para preparar a su hijo para comenzar el preescolar.

[i] Para más información, comuníquese con la Oficina de Educación Infantil del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-5807, o por correo electrónico a OEL@nysed.gov, o la Oficina de Educación Bilingüe e Idiomas del Mundo del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-8775 o (718) 722-2445, o por correo electrónico a OBEWL@nysed.gov.

Año escolar 2024-2025
Requisitos de vacunación del estado de Nueva York para inscribirse/asistir a la escuela[1]

NOTAS:
Todos los niños deben estar vacunados según su edad para asistir a la escuela en el estado de Nueva York. La cantidad de dosis depende del programa recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). Los intervalos entre las dosis de vacunas deben corresponder al Calendario de Vacunación de Niños y Adolescentes Recomendado por el ACIP. Las dosis aplicadas antes de la edad mínima o de los intervalos mínimos no son válidas y no se tienen en cuenta al calcular la cantidad de dosis que se mencionan abajo. Consulte las notas al pie de página para obtener información específica sobre cada vacuna. Los niños que se inscriben en clases sin grado deben cumplir los requisitos de vacunación de los grados para los que son equivalentes en edad.

Se DEBEN leer los requisitos de dosis con las notas al pie de página de este programa

Vacunas	Prekindergarten (guardería infantil, programa Head Start, guardería o pre-K)	Kindergarten y 1.°, 2.°, 3.°, 4.° y 5.° grado	6.°, 7.°, 8.°, 9.°, 10.° y 11.° grado	12.° grado
Vacuna con toxoide diftérico y teténico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td)[2]	**4 dosis**	**5 dosis o 4 dosis** si la cuarta dosis se aplicó a los 4 años de edad o más, o **3 dosis** si tiene 7 años o más y la serie se inició a partir del año	**3 dosis**	
Refuerzo de la vacuna con toxoide diftérico y tetánico y la vacuna contra la tos ferina (Tdap) para adolescentes[3]	**No corresponde**		**1 dosis**	
Vacuna antipoliomielítica (IPV/OPV)[4]	**3 dosis**	**4 dosis o 3 dosis** si la tercera dosis se aplicó a los 4 años de edad o más		
Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR)[5]	**1 dosis**	**2 dosis**		
Vacuna contra la hepatitis B[6]	**3 dosis**	**3 dosis o 2 dosis** de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) para niños que recibieron las dosis en intervalos de al menos 4 meses entre los 11 y los 15 años de edad		
Vacuna contra la varicela[7]	**1 dosis**	**2 dosis**		
Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY)[8]	**No corresponde**		**7.°, 8.°, 9.°, 10.° y 11.° grado: 1 dosis**	**2 dosis o 1 dosis** si la dosis se aplicó a los 16 años de edad o más
Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo B (Hib)[9]	**1 a 4 dosis**	**No corresponde**		
Vacuna neumocócica conjugada (PCV)[10]	**1 a 4 dosis**	**No corresponde**		

Eastern Suffolk BOCES
Educational Services That Transform Lives

NEW YORK STATE MIGRANT EDUCATION PROGRAM

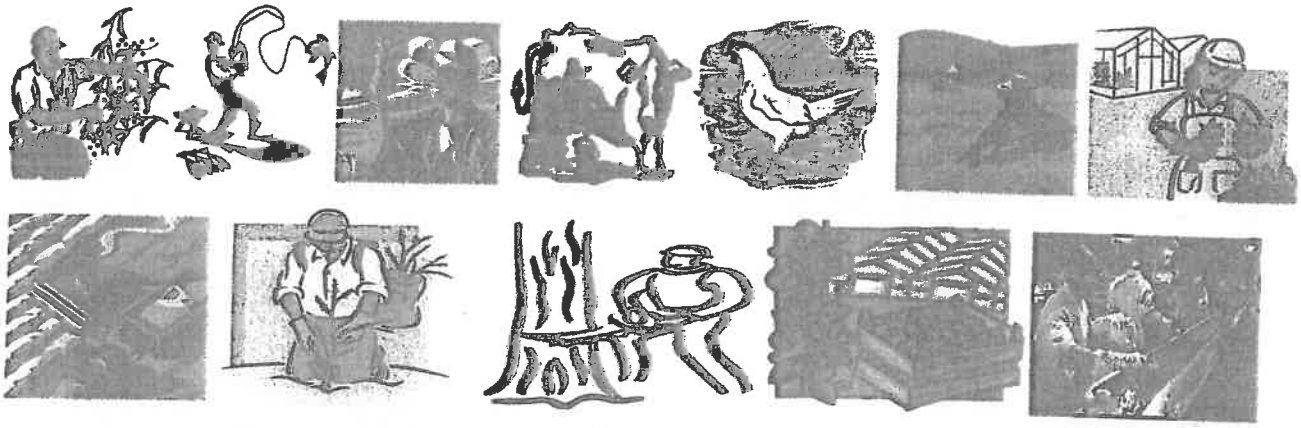
OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO- ENCUESTA PARA PADRES

El programa de Educación para Migrantes (MEP), está autorizado por el Título I, Parte C de la Acta de Educación Elemental y Secundaria (ESEA). EL MEP provee una variedad de servicios educativos para las familias que trabajan en la agricultura, **sin importar su nacionalidad o estado legal**. Este programa **es gratuito** para aquellas familias elegibles y puede incluir servicios de tutorías, elegibilidad de almuerzo gratuito en la escuela, excursiones, programa de verano, actividades de envolvimiento para padres, programa de emergencias y referidos a otras organizaciones o agencias.

Por favor tome unos minutos para completar este cuestionario.

¿Usted o algún miembro de su familia ha trabajado o buscado trabajo en algunas de las siguientes ocupaciones en los pasados 3 años?

- ☐ Cualquier trabajo agrícola (como plantando, seleccionando, o cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles, trabajo en lechería u otro rancho de animales, pescando, etc.)
- ☐ Trabajando en la cultivación o procesamiento de los árboles.
- ☐ Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas o carnes.



Si usted contestó que sí, por favor complete la siguiente información:

Nombre del Padre/Encargado: _____

Dirección Física: _____

Teléfono: (_____)-_____-_____ Mejor tiempo para ser contactado _____ AM/PM

Dirección anterior: _____

Nombre del estudiante: _____ Edad_____ Grado_____

Nombre del estudiante: _____ Edad_____ Grado_____

Para someter este referido, por favor enviarlo por correo electrónico a migranteducation@esboces.org, o enviar un fax al No. 631-240-8912, o enviarlo por correo al Programa de Educación para Migrantes de Long-Island-METRO, 969 Roanoke Avenue, Riverhead, NY. 11901.

Nombre del distrito o de la organización que envía el referido _____