

**Putnam Valley Central School District  
171 Oscawana Lake Road  
Putnam Valley, NY 10579**

**Procedimiento de registro de estudiantes**

Bienvenido al Distrito Escolar Central de Putnam Valley. Todos los estudiantes en los **grados K-12 deben inscribirse con la Registradora del Distrito ubicada en la oficina del Distrito. Haga una cita llamando al (845) 528-8130 ext. 1317.** (Para todos los de Educación Especial Preescolar, edades 3-5, por favor llame a la Oficina de Educación Especial al (845) 528-8130 ext. 1317.)

**\* Tenga en cuenta que, como padre, tiene el derecho de recomendar a su hijo para una evaluación de educación especial si cree que puede tener una discapacidad educativa. Para obtener información adicional, póngase en contacto con la Directora de la Comisión de Educación Especial (CSE por sus siglas en inglés), al 845-528-8130, extensión 1315.**

Se adjunta un paquete de información para que complete, pero deberá proporcionar la información que se indica a continuación para comenzar el proceso de registro. Todos los documentos de residencia están sujetos a verificación.

**Usted debe traer los siguientes documentos originales:**

- Documentación original de la prueba de edad  
(es decir: Acta de nacimiento, certificado de bautismo, pasaporte)
- Registro de inmunización completo y físico, **firmado / sellado por el médico (el examen físico DEBE realizarse no más de 12 meses antes de la entrada del estudiante en la escuela)**
- Los registros educativos de su hijo, según corresponda  
(es decir, boleta de calificaciones, IEP, plan de la Sección 504, servicios de ELL)
- Documentos de divorcio / separación y / o custodia (si corresponde)
- Documentos de tutela (si corresponde)
- Documentos de cuidado / control (si corresponde)
- Fomentar la hoja de datos menor (si corresponde)
- Orden de Emancipación o Declaración jurada de Emancipación (si procede)

**(continúa en la página siguiente)**

**Usted debe demostrar prueba de residencia proporcionando los siguientes documentos:**

- Declaración jurada de residencia legal (notariada)
- RCuestionarioesidency

**Así como los siguientes documentos originales que reflejan la dirección:**

*Para propietarios: debe presentar tres (3) documentos, de la siguiente manera:*

Escritura original, recibo del impuesto a la propiedad o a la escuela, declaración de la hipoteca  
**(elija 1)**

**Y**

**Dos (2)** de los siguientes actuales documentos (con fecha del último mes) en el nombre del propietario:

- Certificado de seguro de propiedad
- Factura de servicios públicos (que incluye gas, electricidad, petróleo, teléfono y cable / satélite. Puede elegir dos)

**Nota: No se aceptarán documentos con solo una dirección de apartado postal.**

*Para inquilinos: debe presentar tres (3) documentos, de la siguiente manera:*

Un contrato de arrendamiento válido y totalmente ejecutado para la unidad de alquiler, que incluye la dirección y el número de teléfono del propietario y la dirección de la propiedad de alquiler.

**O**

UNA Declaración jurada completada, firmada y notariada del propietario / propietario de la propiedad

**Y**

**dos (2)** de los siguientes documentos actuales (con fecha dentro del último mes) a nombre del Arrendatario:

- Factura de servicios públicos (que incluye gas, electricidad, petróleo, teléfono y cable / satélite, puede elegir dos)
- Certificado de Seguro de Propiedad
- Sección de 8 o Declaración de Vivienda Municipal

Si se incluyen los servicios públicos, pregunte acerca de otras pruebas aceptables de residencia.

**Nota: No se aceptarán documentos con solo una dirección de apartado postal.**

# PUTNAM VALLEY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

171 Oscawana Lake Road

Putnam Valley, NY 10579

## Solicitud de acceso a los expedientes

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido del alumno/a

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre de la última escuela a la que asistió

\_\_\_\_\_  
Dirección de la escuela

\_\_\_\_\_  
Teléfono de la escuela

\_\_\_\_\_  
Fax de la escuela

De conformidad con las disposiciones de la ley de la Familia y Privacidad Educacional de 1974, por la presente solicito que la Junta de Educación envíe copias de todos los expedientes de la escuela e informes tales como:

Expediente completo de calificaciones y de los créditos obtenidos

Calificaciones hasta la fecha de egreso de su escuela y fecha de egreso

Resultados de los exámenes estandarizados

Resultados de los exámenes psicológicos y de ubicación especial

Todos los informes de evaluación, sin restricción, que puedan ser de valor en la planificación de la educación de este/a alumno/a

Por favor envíe todo Plan de educación individualizada (IEP, por sus siglas en inglés) por IEPDirect al Distrito Escolar Central de Putnam Valley.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Clarificación en imprenta de la firma

(Por favor indicar si este/a alumno/a necesita  
servicios educativos  o psicológicos  especiales).

### **POR FAVOR ENVIAR TODOS LOS EXPEDIENTES A:**

\_\_\_\_\_  
Oficina Principal  
Putnam Valley Elementary School  
171 Oscawana Road  
Putnam Valley, NY 10579  
Teléfono: 845-528-8092  
Fax: 845-528-8171

\_\_\_\_\_  
Guidance Department  
Putnam Valley Middle School  
142 Peekskill Hollow Road  
Putnam Valley, NY 105789  
Teléfono: 845-528-8101  
Fax: 845-528-8145

\_\_\_\_\_  
Lynn Keller/  
Guidance Department  
Putnam Valley High School  
146 Peekskill Hollow Road  
Putnam Valley, NY 10579  
Teléfono: 845-526-7810  
Fax: 845-526-7814

**PUTNAM VALLEY CENTRAL SCHOOL DISTRICT**

**Formulario de inscripción**

**I. INFORMACIÓN DEL/LA ALUMNO/A**

Por favor llene la sección sobre el/la alumno/a completamente. Esté preparado para presentar en el momento de la inscripción verificación de nacimiento y comprobante de residencia (ver más abajo \*).

\* Los propietarios deben presentar una factura original de impuestos a la propiedad/escuela, declaración de hipoteca, o póliza de seguro de propietarios de vivienda, MÁS dos de las siguientes facturas originales recientes: Factura de gas/electricidad, factura del petróleo, factura telefónica, factura de cable/satélite.

\* Los inquilinos deben presentar el documento original de arrendamiento o Declaración Jurada notariada (de la escuela) MÁS dos de las siguientes facturas originales recientes: Factura de gas/electricidad, factura del petróleo, factura telefónica, factura de cable/satélite.

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Escuela previa: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Domicilio de la escuela: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*Para ciertos programas federales y estatales, el distrito debe informar la etnicidad y la raza del/la alumno/a. Por favor marque la designación apropiada para su hijo/a.

¿Cuál es el origen étnico del/la alumno/a?  hispano o latino  no es hispano o latino

¿Cuál es la raza del alumno/a? (marque todos que corresponden)

afro-americana o negra  asiática  indígena hawaiana o isleña del Pacífico  indígena norteamericana o indígena de Alaska  blanca

**II. INFORMACIÓN DE CONTACTO**

Por favor llene esta sección completamente. Usted debe incluir la información de tres contactos. Para contactos adicionales utilice una página en blanco.

	PADRE/MADRE/TUTOR	OTROS PADRE/MADRE/TUTOR	CONTACTO DE EMERGENCIA (QUE NO SEAN LOS PADRES)
Nombre completo del contacto			
Relación con el/la alumno/a			
¿Vive con el/la alumno/a? (Marque con un círculo)	Sí / No Si no, escriba la dirección aquí. _____ _____	Sí / No Si no, escriba la dirección aquí. _____ _____	Favor de escribir la dirección aquí. _____ _____ _____
Teléfono del hogar:	( )	( )	( )
Teléfono del trabajo	( )	( )	( )
Celular	( )	( )	( )
Dirección de correo electrónico			Esta información no es necesaria
Empleadores			Esta información no es necesaria
Idioma principal si no es inglés			

**En caso de divorcio, separación o tutela por favor proporcionar documentos sobre custodia del/los niño(s).**

**Problemas de custodia: s/n**

**III. INFORMACIÓN DE LOS HERMANOS**

Llene esta sección sólo si corresponde.

NOMBRE COMPLETO DEL HERMANO/A	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA A LA QUE CONCORRE	GRADO

La información dada es verdadera según mi leal saber y entender

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

# PUTNAM VALLEY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

171 Oscawana Lake Road  
Putnam Valley, NY 10579

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN - CUESTIONARIO DE RESIDENCIA

En conformidad con la Ley de Asistencia a los que no tienen hogar y la Ley de Educación de Nueva York, la Oficina Título I del Departamento de Educación del Estado requiere que todo distrito escolar haga llenar un cuestionario de residencia a todos los nuevos solicitantes de inscripción, y a todos los alumnos que cambian domicilio.

Nombre de la Agencia Educacional Local (LEA por sus siglas en inglés): \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del/la alumno/a: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Sexo:  Varón Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ DI n°: \_\_\_\_  
 Mujer Mes Día Año (preescolar-12) (opcional)

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

La respuesta que da a continuación ayudará al distrito a determinar qué servicios usted o su hijo/a puede recibir bajo la Ley McKinney-Vento. Los alumnos que están protegidos bajo la Ley McKinney-Vento tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela aunque no tengan los documentos normalmente requeridos tales como prueba de residencia, expedientes escolares, registros de vacunación o certificado de nacimiento. Los alumnos que están protegidos bajo la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a transporte gratuito y otros servicios.

¿Dónde vive el/la alumno/a actualmente? (Por favor marque una casilla).

- En un refugio
- Con otra familia u otra persona debido a la pérdida de vivienda o como consecuencia de dificultades económicas (a veces se denomina "dos familias en una casa" [doubled-up])
- En un hotel/motel
- En un automóvil, parque, autobús, tren o campamento
- Otra situación de vivienda temporal (por favor describa): \_\_\_\_\_
- En vivienda permanente

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del Padre, Madre, Tutor  
o Alumno/a (para jóvenes sin hogar y solos)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre, Madre, Tutor o  
Alumno/a (para jóvenes sin hogar y solos)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**NOTA PARA ESCUELAS/LEAS:** Si el estudiante **NO** vive en una vivienda permanente, por favor asegúrese de que se llene un Formulario de Designación.



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 (Home Language Questionnaire - HLQ)

*Estimados padres o persona en relación parental:  
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura de él o ella, 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.*

<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE:</b>		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>		<b>GÉNERO:</b>
Mes	Día	Año
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
<b>INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL</b>		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante

HOME LANGUAGE CODE

<b>Conocimientos de idiomas</b> (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"/> Padre 1	<input type="checkbox"/> Padre 2	_____ <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	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe escribir

<b>THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:</b>	
<b>SCHOOL DISTRICT INFORMATION:</b>	<b>STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:</b>
District Name (Number) & School _____ Address _____	

**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 (Individualized Education Program - IEP)?  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 de un padre o de la persona en relación paternal Fecha

Relación con el estudiante:  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: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ MO DAY YR	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ MO DAY YR	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	

**PUTNAM VALLEY CENTRAL SCHOOL DISTRICT  
HEALTH CERTIFICATE / APPRAISAL FORM**

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
 School: \_\_\_\_\_ Gender:  M  F Grade: \_\_\_\_\_

**IMMUNIZATIONS / HEALTH HISTORY**

Immunization record attached  
 No immunizations given today  
 Immunizations given since last Health Appraisal:

Sickle Cell Screen:  Positive  Negative  Not done Date: \_\_\_\_\_  
 PPD:  Positive  Negative  Not done Date: \_\_\_\_\_  
 Elevated Lead:  Yes  No  Not done Date: \_\_\_\_\_  
 Dental Referral  Yes  No  Not done Date: \_\_\_\_\_

Significant Medical/Surgical History:  See attached \_\_\_\_\_

Allergies:  LIFE THREATENING  Food: \_\_\_\_\_  Insect: \_\_\_\_\_  Other: \_\_\_\_\_  
 Seasonal  Medication: \_\_\_\_\_

**PHYSICAL EXAM**

Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ Blood Pressure: \_\_\_\_\_ Date of Exam: \_\_\_\_\_

*Referral*

Body Mass Index: _____	Vision - without glasses/contact lenses	R	L	
Weight Status Category (BMI Percentile):	Vision - with glasses/contact lenses	R	L	
<input type="checkbox"/> less than 5 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 5 <sup>th</sup> through 49 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 50 <sup>th</sup> through 84 <sup>th</sup>	Vision - Near Point	R	L	
<input type="checkbox"/> 85 <sup>th</sup> through 94 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 95 <sup>th</sup> through 98 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 99 <sup>th</sup> and higher	Hearing <input type="checkbox"/> Pass 20 db sc both ears or:	R	L	

EXAM ENTIRELY NORMAL    Tanner: I. II. III. IV. V.    Scoliosis:  Negative  Positive: \_\_\_\_\_

Specify any abnormality (use reverse of form if needed): \_\_\_\_\_

**MEDICATIONS**

Medications (list all):  None  Additional medications listed on reverse of form

Name: \_\_\_\_\_ Dosage/Time: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Dosage/Time: \_\_\_\_\_

If AM dose is missed at home: \_\_\_\_\_

I assess this student to be self-directed  Yes  No    Student may self carry and self administer medication  Yes  No

Note: Nurse will also assess self-direction for the school setting. Please advise parent to send in additional medication in the event that emergency sheltering is necessary at school or if the morning medication has not been given.

**PHYSICAL EDUCATION / SPORTS / PLAYGROUND / WORK QUALIFICATION / CSE CONSIDERATION**

Free from contagions & physically qualified for all physical education, sports, playground, work & school activities OR only as checked:

\_\_\_\_ Limited contact: cheerlead, gymnastics, ski, volleyball, cross-country, handball, fence, baseball, floor hockey, softball.

\_\_\_\_ Non-contact: badminton, bowl, golf, swim, table tennis, tennis, archery, riflery, weight train, crew, dance, track, run, walk, rope jump.

Specify medical accommodations needed for school: \_\_\_\_\_  None

Known or suspected disability: \_\_\_\_\_  Please monitor

Restrictions: \_\_\_\_\_  Please monitor

Protective equipment required:  Athletic Cup  Sport goggles/impact resistant eyewear  Other: \_\_\_\_\_

**OPTIONAL INFORMATION, if known**

Specify current diseases:  Asthma    Diabetes:  Type 1  Type 2     Hyperlipidemia     Hypertension  
 Other: \_\_\_\_\_

Provider's Signature: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ (Stamp below)

Provider's Name/Address: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Actualización de salud

NOMBRE DEL/LA ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

\* PARA SER LLENADO POR EL/LA PADRE, MADRE O TUTOR: POR FAVOR PROVEA LA INFORMACIÓN SIGUIENTE Y LAS FECHAS APROXIMADAS. SI ES NECESARIO USE PÁGINAS ADICIONALES.

	NO	SÍ	FECHAS	DESCRIPCIÓN
<b>ALERGIAS</b>				
ALERGIAS A: ALIMENTOS				
ALERGIAS A: MEDICAMENTO				
ALERGIAS A: LAS PICADURAS DE INSECTOS				
ALERGIAS: AMBIENTALES (FIEBRE DE HENO)				
ALERGIAS: OTRAS				
ASMA				
¿USO RECETADO DE EPI-PEN O INHALADOR?				
<b>ASPECTOS INTERNOS</b>				
LESIÓN/PROBLEMA DE RIÑÓN O DE VEJIGA				
LESIÓN DEL BAZO				
ÚLCERA DE ESTÓMAGO				
PROBLEMAS TESTICULARES				
<b>DESMAYO</b>				
EPISODIOS DE DESMAYO				
DESMAYOS AL HACER EJERCICIO				
PÉRDIDA DE CONCIENCIA POR GOLPE EN LA CABEZA				
PÉRDIDA DE LA MEMORIA POR GOLPE EN LA CABEZA				
CONVULSIONES				
<b>CARDIOVASCULAR</b>				
SOPLO CARDÍACO				
DOLOR EN EL PECHO				
PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA				
OTRO PROBLEMA DEL CORAZÓN				
<b>MÚSCULO-ESQUELÉTICO</b>				
DOLOR O LESIÓN DE CUELLO/ESPALDA/COLUMNA				
FRACTURAS/LUXACIONES				
ESGUINCE DE ARTICULACIÓN/DESGARRE DE LIGAMEN				
LESIONES/DOLOR DE RODILLA				
SOPORTE ORTOPÉDICO PARA GIMNASIO/DEPORTES				
TIRONES MUSCULARES				
<b>VISIÓN</b>				
PROBLEMAS DE OJO/PÉRDIDA DE VISIÓN				
PÉRDIDA IRREVERSIBLE DE LA VISIÓN EN UN OJO				
USA ANTEOJOS/LENTE DE CONTACTO				
OTROS PROBLEMAS DEL OJO/VISIÓN				
<b>AUDICIÓN</b>				
PROBLEMAS DE OÍDO/PÉRDIDA AUDITIVA				
PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN EN UNO O AMBOS OÍDOS				
USA UN DISPOSITIVO AUDITIVO PARA ESCUCHAR				
<b>ORAL</b>				
USA APARATOS DE ORTODONCIA				
TIENE CORONAS EN LOS DIENTES				

Actualización de salud

	NO	SÍ	FECHA	DESCRIPCIÓN
<b>ENFERMEDADES</b>				
MONONUCLEOSIS				
DIABETES				
VARICELA				
FIEBRE REUMÁTICA				
OTRAS ENFERMEDADES				
<b>OTRAS</b>				
DOLORES DE CABEZA/MIGRAÑAS				
HEMORRAGIAS NAALES (FRECUENTES O GRAVES)				
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DESDE EL AÑO PASADO				
ENFERMO POR 5 DÍAS CONSECUTIVOS O MÁS				
MUERTE REPENTINA DE FAMILIAR ANTES DE LOS 50 AÑOS				
<b>ACTUAL</b>				
MEDICACIONES QUE TOMA (ESPECIFICAR)				
TODA LESIÓN IMPORTANTE DESDE EL AÑO PASADO				
¿ESTÁ AHORA BAJO CUIDADO MÉDICO?				

¿TIENE SU HIJO/A UN MÉDICO DE CABECERA? MÉDICO: TELÉFONO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOMICILIO DEL MÉDICO:
¿TIENE SEGURO DE SALUD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EMPRESA ASEGURADORA:
DOY MI AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA MÉDICA QUE EL PERSONAL MÉDICO DESIGNADO POR LAS AUTORIDADES DE LA ESCUELA CONSIDERE NECESARIOS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LIMITACIONES (SI EXISTEN):
	SÍ	NO	
DOY PERMISO PARA QUE LA DOLENCIA DE MI HIJO/A SEA COMPARTIDA CON EL PERSONAL, CUANDO SEA NECESARIO, EN CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LIMITACIONES (SI EXISTEN):
	SÍ	NO	

<b>CONTACTO DE EMERGENCIA: SI EL PADRE, MADRE O TUTOR NO ESTÁ DISPONIBLE COMUNICARSE CON:</b>	
CONTACTO #1:	Nº DE TELÉFONO:
CONTACTO #2:	Nº DE TELÉFONO:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Nº DE TELÉFONO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN IMPRENTA

Nº DE TELÉFONO ALTERNATIVO

**PUTNAM VALLEY CENTRAL SCHOOL DISTRICT**  
**171 Oscawana Lake Road**  
**Putnam Valley, NY 10579**

**Admisión a la escuela/Declaración de la residencia legal**

**Declaración Jurada del padre, madre o tutor:**

**(NOTA: La Declaración Jurada se debe renovar cada vez que haya un cambio de domicilio.)**

1. Yo resido (**marque con un círculo**) temporariamente/permanentemente en \_\_\_\_\_, que es mi residencia legal y se encuentra en el Distrito Escolar Central de Putnam Valley.
2. Soy el (**marque con un círculo**) padre/madre/tutor de (nombre completo del niño/a **en imprenta por favor**) \_\_\_\_\_ y resido (**marque con un círculo**) temporariamente/permanentemente en la dirección mencionada en el párrafo uno anterior.
3. Si debo cambiar de residencia notificaré inmediatamente al Distrito Escolar Central de Putnam Valley.
4. Entiendo que un/a alumno/a admitido/a en base a información falsificada está inscrito ilegalmente y será expulsado/a del Distrito Escolar Central de Putnam Valley. Además, el Distrito se reserva el derecho a solicitar el reembolso de los gastos por la educación de alumnos aceptados en las escuelas del Distrito en base a información falsificada.
5. Entiendo que las reglamentaciones del Distrito Escolar Central de Putnam Valley sólo consideran como estudiante residente a quien reside con su(s) padre/madre o tutor dentro del Distrito Escolar Central de Putnam Valley.

**Certificación de residencia del propietario/arrendador:**

Certifico que soy el (**marque con un círculo**) propietario/arrendador del sitio identificado en el párrafo uno antes de la declaración jurada de los padres/tutor y que los susodichos padre/tutor y niño/a (**marque uno**) temporalmente / permanentemente residen en esa dirección. Entiendo que estoy obligado a informar al Distrito Escolar Central de Putnam Valley todo cambio de residencia del/la niño/a o padre/madre/tutor. (Si se dispone de un contrato de arrendamiento, adjuntar copia)

Fecha \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de departamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: del hogar: \_\_\_\_\_ del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre (en imprenta): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**BAJO PENA DE LEY CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DADA ARRIBA ES VERDADERA Y CORRECTA.**

<p><b>FAVOR DE NOTARIZAR</b> Jurado y suscrito ante mí este ____ día de _____, 20__.</p> <p>Notario Público: _____</p>	<p>Nombre del padre, madre o tutor (En imprenta): _____</p> <p>Firma del/la Padre/Madre/Tutor: _____</p> <hr/> <p>Firma del Director/Persona designada: _____</p>
--	---

**Nota:** La información anterior está sujeta a verificación a través de la investigación.

**PUTNAM VALLEY CENTRAL SCHOOL DISTRICT**  
**171 Oscawana Lake Road**  
**Putnam Valley, NY 10579**

**Declaración jurada de propietario/arrendador**

ESTADO DE NUEVA YORK  
(CONDADO DE PUTNAM)

\_\_\_\_\_ bajo juramento depone y dice, soy el dueño y  
(Nombre del propietario/arrendador de la propiedad)  
arrendador del edificio designado y señalado como \_\_\_\_\_,  
(Domicilio)

Nueva York. Este local constituye una residencia que es (vivienda múltiple, única vivienda).

\_\_\_\_\_ es un arrendatario que ocupa este edificio; ocupando el mismo  
(Nombre del padre o tutor)  
con un acuerdo de alquiler (escrito) (oral) que comienza en el día \_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ 20\_\_.

\_\_\_\_\_ ocupa dicha residencia con \_\_\_\_\_ quien es un  
(Nombre del/la alumno/a)  
menor de edad y prevé asistir a la escuela en Putnam Valley. ¿Se incluyen servicios públicos en el alquiler? \_\_\_ (si/no)

Esta declaración jurada se hace con el fin de inducir al distrito escolar de Putnam Valley Central a aceptar a

\_\_\_\_\_ en el Distrito en base a la residencia declarada en la presente.  
(Nombre del/la alumno)

Certifico que la información otorgada en este formulario es verdadera y correcta y que las declaraciones hechas en este documento se hacen conforme a las penalidades de perjurio, sabiendo que el distrito escolar central de Putnam Valley confiará en ellas para determinar si el mencionado niño/a(s) será admitido a su sistema escolar. Entiendo que en caso de que la información contenida en esta declaración jurada se determine inexacta o falsa, en todo o en parte, el distrito puede iniciar procedimientos judiciales contra mí personalmente para recobrar los costos de la educación de tal(es) niño(s) o buscar acción penal en mí contra por falsificación de registros de negocios o presentación de un instrumento falso.<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
Firma del dueño/arrendador de la propiedad

Jurada ante mí este día \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notario público

NOTA: EL DISTRITO SE RESERVA EL DERECHO DE PONERSE EN CONTACTO CON LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE PARA VERIFICAR QUE EL USO DE LOS EDIFICIOS ES DE CONFORMIDAD A LOS CÓDIGOS Y LAS LEYES LOCALES. <sup>1</sup>Ley Penal §175.05 (segundo grado de falsificación de registros comerciales) - delito menor clase A. Ley Penal §175.20 (alteración de segundo grado de los documentos públicos) - delito menor clase A. Ley Penal §175.25 (alteración de primer grado de los documentos públicos)-delito de clase D. Ley Penal §175.30 (Presentar un instrumento falso de segundo grado) - delito menor clase A. Ley Penal §175.35 (Presentar un instrumento falso de primer grado)-delito de clase E.