



Mattituck-Cutchogue Union Free School District



Spanish

MISSION STATEMENT

The Mattituck-Cutchogue Union Free School District is dedicated to providing a welcoming and safe environment where diversity, interdependence and self-discovery are valued. Educators, students, families, and community members work together creating a dynamic, flexible, and engaging learning process to:

- Nurture individuals' passion for life and learning
- Foster collaboration, creativity, and critical thinking
 - Encourage a range of perspectives
 - Promote and practice personal integrity

As a result, students develop academic excellence, confidence, and resiliency to face future challenges in order to contribute to and inspire positive change in the local and global community.

For Grades K-6:

Bianca Munguia-Howie

34900 Main Road
Cutchogue, NY 11935

631 734 6049 ext. 2103 or bmunguia@mufsd.com

For Grades 7-12:

Jenna Colascione

15125 Main Road
Mattituck, NY 11952

631 298 8471 ext. 1406 or jcolascione@mufsd.com

Llame / envíe un correo electrónico con anticipación para programar una cita

Mattituck Cutchogue UFSD

Lista de Registro

Bienvenido al Distrito Escolar Mattituck Cutchogue. Nuestro personal del distrito espera trabajar con usted en nombre de su hijo. La información detallada de registro nos permitirá servirle mejor a usted y a su hijo. No dude en pedir ayuda al completar el paquete de registro o con cualquier otra preocupación.

For Grades K-6:

Bianca Munguia-Howie

34900 Main Road
Cutchogue, NY 11935

631 734 6049 ext. 2103 or bmunguia@mufsd.com

For Grades 7-12:

Jenna Colascione

15125 Main Road
Mattituck, NY 11952

631 298 8471 ext. 1406 or jcolascione@mufsd.com

Llame / envíe un correo electrónico con anticipación para programar una cita

Sección 1: Documentación

Identificación con foto del padre / tutor legal - necesita una

- NYS Licencia de conducir
- NYS tarjeta de identificación
- ID militar
- Pasaporte
- Tarjeta de residente extranjero

Documentos relevantes para la determinación de residencia

Se requieren dos documentos de la lista a continuación

- Escritura o arrendamiento de casa o apartamento
 - Estado de cuenta hipotecario actual o factura de impuestos
- Y
- Factura actual de servicios públicos (cable, pseg, combustible, agua) enviada a la dirección del hogar del estudiante
 - Identificación fotográfica
 - Estado de cuenta de banco corriente, ahorro o cuenta de tarjeta de crédito principal
 - talón de pago
 - documento de impuestos

**nota: las facturas telefónicas no son aceptables

Documentación del estudiante de edad para registrarse en la escuela (necesita una)

- Certificado de nacimiento original
- Pasaporte
- Identificación emitida por el estado o el gobierno
- Registro de agencias de ayuda internacional sin fines de lucro (VOLAGs)
- Identificación de foto de la escuela con fecha de nacimiento

Sección 2: Requisitos de la oficina de salud

El certificado de inmunización firmado y sellado por el médico debe incluir:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 5 Dtap<input type="checkbox"/> Tdap si su hijo tiene 11 años y está ingresando al sexto grado<input type="checkbox"/> 4 Polio<input type="checkbox"/> 3 Hep B<input type="checkbox"/> 2 Measles<input type="checkbox"/> 2 Mumps | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 2 Rubellia<input type="checkbox"/> 2 Varicella<input type="checkbox"/> Meningococcal<input type="checkbox"/> Examen físico dentro del año de ingreso<input type="checkbox"/> Historial de salud firmado por el padre / tutor |
|---|---|

Mattituck Cutchogue UFSD

Formulario de Inscripción

Fecha: _____ Fecha de Registro: _____ Grado de ingreso: _____

____ Preescolar	____ Cutchogue East Elementary	____ Escuela Secundaria Jr / Sr	____ Escuela no Pública: _____ (Parte A - censo solo para libros de texto, transporte)
-----------------	--------------------------------	---------------------------------	--

Parte A: Información Estudiantil

➤ _____
 Nombre de Estudiante Apellido Fecha de nacimiento

➤ _____
 Lugar de Nacimiento: Ciudad, Estado M F
Género

➤ _____
 (Si el estudiante nació fuera de los Estados Unidos, cuando se mudó a los Estados Unidos, y de qué país?) ¿Cuándo comenzaron la escuela en los Estados Unidos?

El Departamento de Educación de los EE. UU. Exige que los distritos escolares recopilen datos raciales y étnicos mediante un método de dos partes pregunta:

1. ¿Es el estudiante hispano o latino: Sí No
2. RAZA:

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Otro Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Blanco | |

- Indio americano o nativo de Alaska: una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte y del Sur (incluida Central América) y quien mantiene la identificación cultural a través de la afiliación tribal o el reconocimiento de la comunidad.
- Asiático: una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el sudeste asiático o el subcontinente indio, incluidos Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam. C
- Negro o afroamericano: una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
- Nativo de Hawái / Otro isleño del Pacífico: una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawaii, Guam, Samoa u otro Pacífico Islas
- Blanco: una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, África del Norte o Oriente Medio

Nombre del padre / tutor (<i>natural, tutor, padrastro, adoptivo</i>) _____ () () Teléfono de casa Célular	Nombre del padre / tutor (<i>natural, tutor, padrastro, adoptivo</i>) _____ () () Teléfono de casa Célular
Dirección de casa: _____	Dirección de casa: _____
Dirección postal (Caja de PO si corresponde): _____	Dirección postal (Caja de PO si corresponde): _____
Dirección de correo electrónico: _____	Dirección de correo electrónico: _____
Empleador: Teléfono del trabajo ()	Empleador: Teléfono del trabajo ()
¿Padre de la custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Correspondencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Padre de la custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Correspondencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



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.*

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

HOME LANGUAGE CODE

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"/> Padre 1	_____ <i>especifique</i>	<input type="checkbox"/> Padre 2
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)	_____ <i>especifique</i>	_____ <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

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

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.	<p>¿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.</p> <p>Sí* No No se sabe</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> * En caso afirmativo, por favor explique: _____</p> <p>¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? <input type="checkbox"/> Poca gravedad <input type="checkbox"/> Algo grave <input type="checkbox"/> Muy grave</p>
10a.	¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí* *Por favor, llene 10b.
10b.	<p>*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____</p> <p>Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):</p> <p><input type="checkbox"/> De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) <input type="checkbox"/> 3 a 5 años (Educación Especial) <input type="checkbox"/> 6 años o mayor (Educación Especial)</p>
10c.	¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program - IEP)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
11.	<p>¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
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: _____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;">MO. DAY YR.</small>	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: _____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;">MO. DAY YR.</small>	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:	

Mattituck Cutchogue UFSD
Cuestionario de Residencia McKinney-Vento

Nombre de la LEA: MATTITUCK CUTCHOGUE UNION FREE SCHOOL DISTRICT

Nombre de Escuela: _____

Nombre de Estudiante: _____

Apellido Medio Primer

Sexo: Masculino Fecha de nacimiento: ___/___/___ Grado: _____ ID #: _____
 Mujer Mes Día Año (preescolar-12) (opcional)

La respuesta que brinde a continuación ayudará al distrito a determinar qué servicios puede recibir usted o su hijo en virtud de la Ley McKinney-Vento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney-Vento 42 USC 11435 tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, incluso si no tienen los documentos que normalmente se necesitan, como prueba de residencia, registros escolares, registros de vacunación o certificado de nacimiento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a transporte gratuito y otros servicios.

1. ¿Su dirección actual es un arreglo de vivienda temporal? Si No
2. ¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? Sí No
3. ¿Dónde vive el estudiante actualmente? (Marque una casilla)
 - En un refugio
 - Con otra familia u otra persona (a veces denominado "duplicado")
 - En un hotel / motel
 - En un automóvil, parque, autobús, tren o campamento
 - Mudando de un lugar a otro
 - En vivienda permanente
 - Otra situación de vida temporal (describa):

Escriba el nombre de los padres / tutores legales

Dirección: _____

Teléfono: _____
Fecha: _____

La presentación de registros falsos o la falsificación de registros es un delito según la Sección 37.10, Código Penal, y la inscripción del niño bajo documentos falsos somete a la persona a responsabilidad por la matrícula u otros costos. Sec. TEC 25.002 (3) (d).

Firma de los padres / tutores legales: _____

* Si el estudiante **NO** vive en una vivienda permanente, asegúrese de completar un Formulario de designación.

McKinney - Enlace de personas sin hogar de Vento
Meredythe Alliegro, Directora de Personal del Alumno
385 Depot Lane
Cutchogue NY 11935

ESTA DECLARACIÓN JURADA SE REQUIERE SI ESTÁ RENTANDO. ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR EL PROPIETARIO DE LA RESIDENCIA. UNA COPIA DE FACTURA O ACCIÓN DE IMPUESTOS DEBE ACOMPAÑAR A ESTE FORMULARIO

MATTITUCK CUTCHOGUE UNION FREE ESCUELA DISTRITO

Registro Central

15125 Main Road, Mattituck, NY 11952

(631) 298-8471 ej. 1406 / fax (631) 298-8471

DECLARACIÓN JURADA DE REGISTRO DE ALQUILER

ESTADO DE NUEVA YORK

CONDADO DE SUFFOLK

YO, _____, residente en _____, (____) ____ - _____ (numero de telefono), soy el propietario de la residencia situado a _____

_____, que está dentro los límites del UFSD Mattituck Cutchogue, y tendrá las siguientes personas que residen en dicha residencia por un período de _____ años, comenzando ____ / ____ / ____ y terminando ____ / ____ / ____:

Entiendo que es mi responsabilidad informar al Distrito si/cuando las condiciones establecidas anteriormente terminan o cambian. En el caso de que la UFSD de Mattituck Cutchogue determine que la(s) persona(s) anterior(es) no residen en esta dirección o se han mudado y permanecido registradas, estos estudiantes serán eliminados del registro de asistencia de la UFSD de Mattituck Cutchogue. También entiendo que como propietario de una casa, puedo ser responsable de la matrícula y / o costos de transporte para cada estudiante mencionado anteriormente que recibió servicios o asistió a Mattituck Cutchogue UFSD.

Usted como declarante comprende que esta declaración jurada se realiza bajo juramento; que las declaraciones son ciertas; que el Mattituck La Junta de Educación de Cutchogue UFSD se basará en esto, y que cualquier declaración errónea hecha podría resultar en criminal (perjurio) cargos presentados contra la persona cuya firma aparece aquí.

Firma del declarante

Juro ante mí esto _____
día de _____, 20____

Sello de
Notario Público:

MATTITUCK CUTCHOGUE UFSD
FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA

La Junta de Educación requiere que se presente una prueba positiva de residencia cuando los estudiantes están inscritos en el distrito.

DUEÑO DE CASA

Proporcione lo siguiente:

- 1) Escritura, estado de cuenta hipotecario actual o factura fiscal actual.
- 2) Factura de servicios públicos (cable, LIPA, combustible, agua)
- 3) Identificación con foto (licencia de conducir, identificación militar, pasaporte)

RENTANDO CASA

Proporcione lo siguiente:

- 1) Arrendamiento Notarizado (Original)
- 2) Declaración jurada de registro a ser firmada por el propietario de la casa (suministrada por las escuelas de MUFSD). Esta declaración jurada debe ser completado por el propietario de la residencia. Una copia de la factura o escritura de impuestos del propietario debe acompañar esta forma.
- 3) Factura de servicios públicos (cable, LIPA, combustible, agua), talón de pago, impuesto sobre la renta para
- 4) Identificación con foto (licencia de conducir, identificación militar, pasaporte, estado o identificación del gobierno)



Bajo pena de perjurio, las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas. Entiendo que el las declaraciones en esta solicitud están sujetas a verificación por parte del distrito escolar y que las declaraciones falsas podrían Sujeto a cargos retroactivos de transporte y / o matrícula cuando corresponda. También entiendo que es mi responsabilidad de notificar al distrito escolar de cualquier cambio o circunstancia que involucre mi residencia.

Firma de la persona que completa este formulario: _____

Relación con el estudiante: _____ Fecha: _____

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 involucramiento 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 _____

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 _____

MATTITUCK CUTCHOGUE UFSD
INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA

Colegio:	Grado:
El nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Código postal:	
Contacto principal del hogar (1):	Relación con el alumno:
Teléfono de casa:	Teléfono móvil:
Correo electrónico principal:	Lugar de empleo:

Contacto principal del hogar (2):	Relación con el alumno:
Teléfono de casa:	Teléfono móvil:
Correo electrónico de contacto secundario:	Lugar de empleo:

* Por favor avise si hay un hogar secundario

** Comuníquese con la oficina de salud de la escuela anualmente para actualizar el historial de salud de su hijo. Esto incluye cualquier NUEVOS medicamentos, enfermedades, alergias, lesiones, cirugías y / o condiciones médicas.*

CONTACTOS DE EMERGENCIA - Persona (s) que serán responsables en caso de emergencia, si los padres no pueden ser contactados:

EL ESTUDIANTE NO SERÁ LIBERADO A NADIE QUE NO ESTÉ EN LA LISTA ABAJO

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono celular _____

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono celular _____

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono celular _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Mattituck Cutchogue UFSD

Evaluación de Servicios Académicos

Bienvenido al Distrito Escolar Mattituck Cutchogue. *Nuestro personal del distrito espera trabajar con usted en nombre de su hijo.* La evaluación académica se llevará a cabo una vez completada la inscripción. La información que proporcionas nos permitirá servirle mejor a usted y a su hijo. No dude en pedir ayuda cuando complete la información de evaluación académica.

Nombre de hijo/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Detección de servicios académicos:

¿Se ha matriculado alguna vez este niño en el Distrito Escolar Mattituck Cutchogue?

No Sí, año: _____

¿Ha sido retenido este niño alguna vez?

No Sí

Apoyo Académico Lectura / Matemáticas?

No Sí

Servicios de Habla?

No Sí

Programa de ESL?

No Sí

Otro (ayuda adicional) _____

Mattituck Cutchogue UFSD
Evaluación de Servicios Académicos
(continuación)

¿El niño/a recibe servicios de educación especial?

No Sí en caso afirmativo, en el distrito: _____ Fuera del distrito: _____

Si su hijo tiene un IEP o un plan de la Sección 504, complete los siguientes elementos para ayudar a nuestro distrito a proporcionar los programas / servicios necesarios que su hijo requiere.

Indique si su hijo fue identificado como un estudiante con discapacidad y alguna educación especial servicios para el cual se ha escrito un Plan de Educación Individualizado (IEP):

Indique cualquier alojamiento para el cual un plan del Artículo 504 se haya escrito:

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

SHAWN C. PETRETTI
Superintendent of Schools



DAVID A. SMITH
Principal

HEATHER STEWART
Assistant Principal

MATTITUCK-CUTCHOGUE U.F.S.D.
MATTITUCK JUNIOR-SENIOR HIGH SCHOOL

Consentimiento Firmado para la Divulgación de Registros Escolares

Fecha: _____

Nombre de Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre de escuela anterior: _____

El estudiante mencionado anteriormente ahora se ha registrado aquí en Mattituck-Cutchoque UFSD. Por favor, envíe los registros solicitados que se enumeran a continuación:

- Transcripción
- Boleta de calificaciones
- Calendario
- Registros de salud
- Registros de asistencia
- Registros de disciplina
- Plan Educativo Individualizado (IEP)
- Informes psicológicos
- Historia social
- Evaluación médica
- Informes de habla y lenguaje

Yo, _____, doy permiso para que Mattituck-Cutchoque obtenga los registros solicitados.

Firma de padre or tutor: _____

For Grades K-6:

Bianca Munguia-Howie

34900 Main Road
Cutchoque, NY 11935

631 734 6049 ext. 2103 or bmunguia@mufsd.com

For Grades 7-12:

Jenna Colascione

15125 Main Road
Mattituck, NY 11952

631 298 8471 ext. 1406 or jcolascione@mufsd.com



Mattituck-Cutchoogue UFSD
Forma de Transporte

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Nombre de Los Padres: _____

Teléfono: _____ Grado: _____

Ubicación de la Casa Entre: _____ Y _____
Calle Calle

Calle Más Cercana Para Cruzar: _____

Descripción (color de casa, número de casa o de número del buzón de correo, etc):

Debe ser Completado por el Departamento de Transporte:

Bus number: _____

Bus stop: _____

Approximate Pick up Time: _____

Approximate Drop off Time: _____

Distrito Escolar de Mattituck-Cutchogue

Acuerdo de acceso electrónico a la web para ver información del estudiante via el distrito escolar de Mattituck-Cutchogue

Acuerdo de Padres

Estoy solicitando acceso a la información de mi hijo/a en la pagina del Portal de Padres, Infinite Campus, de la Escuela Mattituck-Cutchogue.

He leído las Pautas para el usuario de la Política de uso aceptable del Distrito Escolar Mattituck-Cutchogue para el Portal para padres de Infinite Campus y acepto cumplir y apoyar las expectativas. Entiendo que, por razones de seguridad, el Distrito se reserva el derecho de cambiar las contraseñas de los usuarios o denegar el acceso de los padres / tutores en cualquier momento. Al firmar este acuerdo, yo, como padre / tutor, libero al Distrito Escolar Mattituck-Cutchogue de toda responsabilidad por daños derivados del acceso no autorizado a la cuenta de padre/tutor.

Acepto que no compartiré mi contraseña ni permitiré que nadie más que yo use la cuenta incluyendo a mi propio hijo/hijos.

Entiendo que tres inicios de sesión fallidos desactivarán mi cuenta. Si mi cuenta se bloquea, enviaré un correo electrónico a la línea de ayuda de Infinite Campus del distrito y solicitaré que se desbloquee la cuenta. Proporcionaré el ID de inicio de sesión personal que se me proporcionó en el momento de crear la cuenta y responderé a las preguntas para verificar mi identidad. Entiendo que puede tomar hasta 5 días escolares para tener mi cuenta desbloqueada.

He verificado que la computadora que usaré para acceder la pagina de Internet para ver la información del estudiante cumple o excede los requisitos mínimos identificados en las pautas del usuario y que el distrito escolar no es responsable de ayudar con dificultades técnicas en la computadora de mi hogar.

Escriba los nombres de su hijo / hijos actualmente inscritos en el Distrito Escolar Mattituck-Cutchogue y que residen en la dirección que figura a continuación. La información proporcionada en este formulario debe coincidir con la información de inscripción que proporcionó en su formularios de registro.

Apellido del padre / tutor:	Nombre de estudiante:
Teléfono (hogar):	Teléfono (célula):
Dirección de correo electrónico:	

Primer nombre de estudiante	Apellido de estudiante	Fecha de nacimiento	Escuela	Relación

Certifico que toda la información anterior es cierta y tengo autoridad legal para acceder a los registros de los estudiantes enumerados anteriormente.

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

Mattituck-Cutchogue UFSD
Sitio web / formulario de publicación

Es política de las Escuelas Mattituck-Cutchogue obtener el permiso del padre / tutor antes de usar cualquier imagen o clip de película de su hijo en publicaciones informativas o en nuestro sitio web. La fotografía estaría en el contexto de una actividad relacionada con la escuela, como una clase proyecto, calendario, boletín informativo, un premio u honor, un deporte, un club o una actividad del gobierno estudiantil. Esto podría ser una fotografía individual o grupal. El uso de cualquier fotografía puede ser acompañado de un subtítulo que incluye la descripción de la fotografía y puede incluir las iniciales del estudiante o nombre.

Consentimiento y liberación

Reconozco que he leído este Consentimiento y divulgación y entiendo completamente, y tengo la intención de ser legalmente obligado por su contenido.

Por la presente concedo irrevocablemente a las Escuelas Mattituck-Cutchogue y sus licenciatarios, sucesores y asigna, mi consentimiento y pleno derecho a publicar, mostrar, reproducir y hacer circular cualquier fotografía.

Por la presente renuncio irrevocablemente a cualquier derecho que pueda tener para inspeccionar o aprobar los materiales que puedan ser utilizado por las Escuelas Mattituck-Cutchogue o ser compensado por el uso de dichos materiales.

Para la consideración buena y valiosa, la recepción de la cual se reconoce por el presente, por el presente, libero irrevocablemente a las Escuelas de Mattituck-Cutchogue de cualquier y todas las reclamaciones que pueda tener en cualquier momento que surjan de o estén relacionadas con la producción o reproducción de estas fotografías.

DOY MI PERMISO para usar fotos de mi hijo que trabaja en las Escuelas Mattituck Cutchogue, el ambiente de la clase, deportes, actividades o eventos.

Por favor marque uno de los siguientes: sí No

Nombre del padre / tutor (en letra de imprenta):	Firma:
Nombre del estudiante (letra de imprenta):	Firma:
Grado:	Clase:
Fecha:	

Por favor devuelva este formulario firmado al Director de su edificio.
Si en algún momento en el futuro desea retirar este consentimiento, puede hacerlo por escrito notificación a su director de edificio.

Acuerdo de Uso de Internet, Redes y Computadoras para Estudiantes Formulario de Autorización / Uso Aceptable (AUP)

Sección de Estudiantes:

He leído la Política de Uso de Computadoras, Redes y Internet del distrito (4526). Entiendo que este acceso está diseñado para propósitos educativos. Cumpliré con la Política de Uso de Computadoras, Redes e Internet del distrito y cualquier otra reglamentación relacionada con las computadoras. Además, entiendo que cualquier violación de las regulaciones no es ética y puede constituir una ofensa criminal. Si cometo una violación, mis privilegios de acceso pueden ser revocados y se pueden tomar medidas disciplinarias y / o legales apropiadas en la escuela.

Nombre del estudiante:	Firma:
	Fecha:

Padre o tutor:

He leído la Política de Uso de Computadoras, Redes e Internet del distrito (4526). Entiendo que este acceso está diseñado para propósitos educativos. También reconozco que es imposible para UFSD Mattituck Cutchogue; su Junta de Educación; agentes; administradores; facultad; y personal para restringir el acceso a todos los materiales controvertidos y por lo tanto no los haré responsables de los materiales que mi hijo puede acceder en línea. Además, acepto la responsabilidad completa de la supervisión mientras mi niño no use en un ambiente escolar.

- Por la presente DOY PERMISO al Distrito Escolar Mattituck-Cutchogue para emitir una cuenta de acceso a Internet a mi hijo y certificar que la información contenida en este formulario es correcta.
- NO doy permiso a mi hijo/hija para acceder a la red informática o a Internet en el distrito escolar de Mattituck-Cutchogue.

Firma del Padre / Tutor:	Firma:
Habla a:	Fecha:
Teléfono (hogar):	Teléfono (celular):

2022 - 2023
Encuesta de Equidad Digital

Estudiante: _____

Recopilando una imagen precisa de los recursos digitales para nuestros estudiantes de Nueva York ayudará enormemente a los educadores a servir mejor a nuestros estudiantes y familias. Para lograr esto, el Departamento de Educación del Estado de Nueva York está pidiendo a los padres que completen una encuesta de Equidad Digital (para cada estudiante de la familia) en los grados de Kindergarten hasta el Grado 12. Esta encuesta proporcionará información sobre el acceso de los estudiantes a los dispositivos y el acceso a Internet en sus lugares de residencia. Para ayudarnos en este proceso, responda cada pregunta a continuación y siga las instrucciones adicionales proporcionadas para enviar o devolver la encuesta. Gracias por su tiempo y cooperación.

Use tinta azul o negra.

1. ¿El distrito escolar emitió a su hijo un aparato específico de propiedad de la escuela o distrito para su uso durante el año escolar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
2. ¿Cuál es el aparato que su hijo utiliza con mayor frecuencia para completar actividades de aprendizaje fuera de la escuela? (Esto puede ser un dispositivo proporcionado por la escuela u otro dispositivo, cualquiera que el estudiante esté usando más a menudo para completar su trabajo escolar.)	<input type="radio"/> Escritorio <input type="radio"/> Chromebook <input type="radio"/> Ordenador portátil	<input type="radio"/> Smartphone <input type="radio"/> Tableta <input type="radio"/> Sin dispositivo
3. ¿Quién es el proveedor del aparato de aprendizaje primario identificado en la pregunta 2? (Esto puede ser un dispositivo proporcionado por la escuela u otro dispositivo, lo que el estudiante esté usando con más frecuencia para completar su trabajo escolar).	<input type="radio"/> Escuela <input type="radio"/> Personal	<input type="radio"/> Sin dispositivo
4. ¿Se comparte el aparato de aprendizaje primario (identificado en la pregunta 2) con otra persona del hogar?	<input type="radio"/> Escuela <input type="radio"/> No compartido	<input type="radio"/> Sin dispositivo
5. ¿El aparato de aprendizaje primario (identificado en la pregunta 2) es suficiente para que su hijo participe plenamente en todas las actividades de aprendizaje fuera de la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
6. ¿Su hijo puede acceder a Internet en su lugar de residencia principal?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
7. ¿Cuál es el tipo principal de servicio de Internet utilizado en el lugar de residencia principal de su hijo?	<input type="radio"/> Banda-ancha residencial <input type="radio"/> Acceso telefónico <input type="radio"/> Celular <input type="radio"/> DSL	<input type="radio"/> Hotspot móvil <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/> WiFi comunitario <input type="radio"/> Satélite <input type="radio"/> Ninguna
8. En su residencia principal, ¿puede su hijo completar toda la gama de actividades de aprendizaje, incluida la transmisión de video y la carga de tareas, sin interrupciones causadas por un rendimiento lento o deficiente de Internet?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
9. ¿Cuál es, si la hay, la principal barrera para tener acceso suficiente y confiable a Internet en el lugar de residencia principal de su hijo?	<input type="radio"/> Disponibilidad <input type="radio"/> Otros	<input type="radio"/> Costo <input type="radio"/> Ninguna

Iniciativa Chromebook 1:1

El Distrito Escolar de Mattituck-Cutchogue ha elegido Chromebooks para nuestra iniciativa de aprendizaje 1:1. El objetivo del programa Chromebook del Distrito es proporcionar herramientas y recursos para que todas las personas puedan usar la tecnología de manera efectiva, eficiente y apropiada y estar preparados para el éxito en la universidad, la carrera y la ciudadanía. La excelencia en la educación requiere que la tecnología se integre perfectamente en todos los planes de estudios educativos.

Visite nuestro sitio web de la escuela para obtener más información sobre nuestras políticas, así como respuestas a preguntas frecuentes.

Mattituck-Cutchogue UFSD Chromebook Acuerdo

Reconocemos que hemos revisado el siguiente documento en línea y lo hemos leído y entendido:

- Mattituck-Cutchogue UFSD Chromebook Procedimientos y Manual de Información para Padres y Estudiantes en línea

Las computadoras y accesorios de Chromebook de cada escuela individual deben ser devueltos a Mattituck-Cutchogue UFSD al final de cada año escolar. Los estudiantes que se gradúen temprano, se retiren, sean suspendidos o expulsados, o terminen la inscripción en Mattituck-Cutchogue UFSD por cualquier otra razón deben devolver su computadora Chromebook de la escuela individual en la fecha de terminación. Si no entregas tu Chromebook en cualquiera de estas circunstancias, serás financieramente responsable del costo de reemplazo.

He leído, entiendo y aceptamos los términos y condiciones del Mattituck-Cutchogue UFSD:

- Procedimientos de Chromebook y Manual de Información para Padres y Estudiantes (consulte el sitio web del Distrito)
- Política 4526 de la Red Informática para la Educación (consulte el sitio web del Distrito)
- Política de seguridad en Internet 4526.1 (consulte el sitio web del Distrito)

Student Agreement:

- En caso de que cometa alguna infracción o de alguna manera haga mal uso de mi Chromebook, entiendo y acepto que mi privilegio de acceso puede ser revocado y se pueden tomar medidas disciplinarias escolares en mi contra. Entiendo que cualquier violación de este Acuerdo puede resultar en la suspensión o pérdida del uso de mi Chromebook y/o privilegios de red escolar.
- Entiendo que debo tratar este Chromebook no diferente de cualquier otro equipo propiedad del Distrito. No lo alteraré, haré cambios en él o lo usaré de una manera que no esté alineada con el Acuerdo de Chromebook de Distrito.

Parent Agreement:

- Como padre o tutor legal del menor anterior, he leído, entiendo y acepto que mi hijo cumplirá con los términos del Acuerdo de Chromebook del Distrito de Mattituck-Cutchoque UFSD.
- Entiendo que los Chromebooks son un privilegio y pueden ser revocados si se hace mal uso. Entiendo que si el Chromebook se daña, pierde o roba intencionalmente, mi hijo o yo mismo puede ser responsable de reembolsar al Distrito el costo de la reparación o reemplazo.
- Aceptamos pagar el costo total de reemplazo de mi Chromebook (o cualquier parte de), cargador y/o caso después del primer incidente, en el caso de que alguna parte se rompa o dañe (por cualquier medio que no sea el uso normal o el desgaste), de acuerdo con lo siguiente:
 - **Daños accidentales** (sin cargo por 1ost incidente). Incidentes adicionales se proporcionará a los padres con cotización para el costo de la reparación.
 - **Daño excesivo o intencional, pérdida o robo de Chromebook:** El estudiante/padre será acusado por reparación y/o reemplazo hasta un costo de reemplazo completo de \$375 (o una cantidad más alta dependiendo del costo en el momento de la reparación/reemplazo). Se requiere una copia de un informe policial por pérdida o robo.
 - **Powercord:** El costo de un cable de alimentación perdido es de \$47 (o una cantidad más alta dependiendo del costo en el momento de la reparación/ reemplazo)
 - **Caso:** El costo de un caso perdido es de \$26 (o una cantidad más alta dependiendo del costo en el momento de la reparación/ reemplazo)
- Estoy firmando este Acuerdo y acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a la Escuela, y al Distrito Escolar que proporciona un Chromebook a mi hijo contra todas las reclamaciones, daños, pérdidas y costos, de cualquier tipo, que puedan resultar del uso de su Chromebook o de su Chromebook por parte de mi hijo o de su Chromebook o de la violación del Acuerdo anterior.
- Además, acepto toda la responsabilidad por la supervisión del uso que mi hijo haga de su Chromebook si y cuando dicho acceso no está en el entorno de la Escuela. Por la presente doy permiso para que mi hijo use un Chromebook autorizado por el Distrito y acepto los términos y acuerdos anteriores.

Nombre del estudiante:	Apellido del estudiante:
Aula:	Año de graduación:
Firma del estudiante:	Fecha:
Firma del padre:	Fecha:

meniego al uso del Chromebook propiedad del distrito en este momento

Gracias – si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en ponerse en contacto con la administración del edificio.

MATTITUCK CUTCHOGUE UNION FREE SCHOOL DISTRICT
Este formulario debe ser completado y firmado por el padre en el Registro Central
FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante:			Grado:	Fecha de nacimiento:		
¿Ha tenido o tiene:	Sí	No	¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades:	Fecha	Sí	No
Dolores de cabeza frecuentes Frequent Headaches			Tb			
Conmoción cerebral o lesión en la cabeza Concussion or head injury			Mononucleosis			
Desvanecimientos/Desmayos Blackouts			Fiebre reumática Rheumatic Fever			
Insolación Heat stroke			Enfermedad de Lyme Lyme Disease			
Visión borrosa o doble Double vision			Varicela Chicken Pox			
Anteojos o contactos Eyeglasses or contacts			La enfermedad de la Quinta Fifth's Disease			
Ceguera Blindness			Diabetes			
Frenos dentales o dientes postizos Dental braces or false teeth			Convulsiones (última fecha) Sizures (last date)			
Hechizos de mareo Dizzy spells			¿Su hijo/a tiene alergias? Allergies			
Dolores de oído frecuentes/mala audición Frequent earaches/poor hearing			En caso afirmativo, enumere el alérgeno y los síntomas a continuación			
Sangrados nasales Nose bleeds			Alergias alimentarias: Food allergies			
Latidos cardíacos rápidos en reposo Rapid heartbeat at rest						
Ritmo cardíaco irregular Irregular heart rhythm			Restricciones de la dieta: Diet Restrictions			
Presión alta High blood pressure			Dieta: (círculo) regular o especial Diet (Circle) Regular or Special			
Soplo de corazón Heart Murmur			Alergias a los medicamentos: Medication Allergies			
Tobillos hinchados que no sean esguinces Swollen ankles-other than sprains			Alergias ambientales: Environmnetal Allergies			
*Asma Asthma			¿Su hijo alguna vez tuvo una reacción anafiláctica:	Sí		No
*Asma: ¿Se necesita inhalador en la escuela? Asthma -is inhaler needed at school?			¿Su hijo tiene un EpiPen?	Sí		No
Neumonía Pneumonia			Hospitalizaciones, fecha y razón:			

Otras afecciones pulmonares Other Lung Conditions					
Dolores en el pecho Chest Pains					
Tos constante Constant Cough			Medicamentos que actualmente toman:		
Úlceras Ulcers					
Gusanos Worms					
Ictericia amarilla Yellow Jaundice					
Fiebre inexplicable Unexplained fever			HISTORIA DE LA SALUD DE LOS PADRES Parents Health History	Sí	No
Problemas de riñones Kidney Problems			Presión alta High Blood pressure		
Infecciones de la vejiga Bladder Infections			Golpe Stroke		
Sangre en la orina Blood in urine			Problemas cardíacos Heart trouble		
Transfusiones de sangre Blood transfusions			Insolación Blackout spells		
Anemia			Convulsiones Seizures		
Problemas tiroideos Thyroid Trouble			Diabetes		
Sangrado libre Free bleeding			Enfermedad renal Kidney disease		
Periodos de calor/frío Hot/cold spells			Muerte súbita Sudden death		
Artritis			Ceguera Blindness		
Lesión/dolor de rodilla Knee injury/pain			Trastorno hemorrágico Bleeding disorder		
Dislocaciones Dislocations			Anemia de células falciformes Sickle cell anemia		
Fracturas Fractures			Cáncer		
Lesiones de espalda/cuello Back/neck injuries			Otro		

*Explique TODAS LAS respuestas con 'SI' en el reverso de esta hoja.

CERTIFICO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES VERDADERA.

Doy permiso para que la informacion de salud anterior se comparta con el personal del distrito segun sea necesario.

X _____
Firma Padre/Tutor Fecha

**REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM
TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR
IF AN AREA IS NOT ASSESSED INDICATE NOT DONE**

Note: NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special education (CPSE).

STUDENT INFORMATION

Name	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB:
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

Allergies <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
Asthma <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other : <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached
Seizures <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: _____ Date of last seizure: _____ <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
Diabetes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached

Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes: Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother, and/or pre-diabetes.

BMI _____ kg/m2

Percentile (Weight Status Category): <5th 5th-49th 50th-84th 85th-94th 95th-98th 99th and >

Hyperlipidemia: No Yes Not Done **Hypertension:** No Yes Not Done

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
Laboratory Testing	Positive	Negative	Date	List Other Pertinent Medical Concerns (e.g. concussion, mental health, one functioning organ)
TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lead Level Required Grades Pre- K & K			Date	
<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated $\geq 5 \mu\text{g/dL}$				
<input type="checkbox"/> System Review and Abnormal Findings Listed Below				
<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Speech
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Back/Spine	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal
<input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:			Diagnoses/Problems (list)	ICD-10 Code*
<input type="checkbox"/> Additional Information Attached			*Required only for students with an IEP receiving Medicaid	

Name:				DOB:	
SCREENINGS					
Vision (w/correction if prescribed)		Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity		20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Near Vision Acuity		20/	20/		<input type="checkbox"/>
Color Perception Screening <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail					<input type="checkbox"/>
Notes					
Hearing Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz.					Not Done
Pure Tone Screening	Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Left <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Referral <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	
Notes					
Scoliosis Screen Boys in grade 9, and Girls in grades 5 & 7		Negative	Positive	Referral	Not Done
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK					
<input type="checkbox"/> Student may participate in all activities without restrictions. <input type="checkbox"/> Student is restricted from participation in: <input type="checkbox"/> Contact Sports: Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling. <input type="checkbox"/> Limited Contact Sports: Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball. <input type="checkbox"/> Non-Contact Sports: Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field. <input type="checkbox"/> Other Restrictions:					
Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level OR Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level. Tanner Stage: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V Age of First Menses (if applicable) : _____					
<input type="checkbox"/> Other Accommodations*: (e.g. Brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggle, etc.) Use additional space below to explain. *Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.					
MEDICATIONS					
<input type="checkbox"/> Order Form for Medication(s) Needed at School Attached					
IMMUNIZATIONS					
<input type="checkbox"/> Record Attached		<input type="checkbox"/> Reported in NYSIIS			
HEALTH CARE PROVIDER					
Medical Provider Signature:					
Provider Name: <i>(please print)</i>					
Provider Address:					
Phone:			Fax:		
Please Return This Form To Your Child's School When Completed.					