

# School District of the City of York

Paquete De Registracion/Informacion De Salud



SCHOOL DISTRICT OF THE CITY OF YORK  
31 NORTH PERSHING AVENUE  
YORK, PA 17401  
PHONE (717) 845-3571 FAX (717) 849-1394  
[WWW.YCS.K12.PA.US/](http://WWW.YCS.K12.PA.US/)  
SUPERINTENDENT: DR. ERIC HOLMES

DISTRICT REGISTRAR: PRISCILLA TANCO  
PHONE 717-845-3571 EXT. 4029/ 717-801-3960  
EMAIL: TANCOPRI@YCS.K12.PA.US

Bienvenido al Distrito Escolar De La Ciudad De York. Por Favor de completar todas las paginas. Si tiene preguntas sobre la informacion que ha sido requisitada, Favor de comunicarse con la Registradora De Distrito, Priscilla Tanco al (717) 845-3571 Extension 4029, o por correo electronico a : tancopr1@yca.k12.pa.us. Despues que haga completado el paquete, favor de traer los siguientes documentos con el paquete al la oficina Central de Administracion localizada al 31 N.Pershing Avenue, York, PA 17401.

1. **Original o Copia Certificada de el Acto De Nacimiento**
2. **Documentacion de Vacunas**
3. **Identificación de Fotografia De El Padre/Madre/ Guardian**
4. **Documentacion de Prueba Residencial;**

*El Distrito Escolar De La Ciudad de York requiere prueba de residencia por regla de el Departamento De Educacion De Pennsylvania para registrar en nuestro distrito. Prueba adecuada De Residencia tienen que presentarse en el momento de registracion asi como para cambios de domicilio dentro del distrito escolar. El distrito reserva el derecho de negar registracion a cualquier familia que no pueda ofrecer prueba de residencia dentro de las fronteras del distrito escolar, con acuerdo de las reglas de McKinney-Vento.*

Si usted es dueño de su domicilio, usted necesitara **UNO** de los siguientes:

- \* Factura de hipoteca, Escritura o Factura de Impuestos de Propiedad
- \*Factura de Venta/ Declaración de liquidación firmada
- \*Factura de utilidad para el eléctrico, Gas, aceite, agua/alcantarillado, teléfono fijo, TV/ Internet o basura  
(Una factura de telefono celular no es aceptable.)

Si usted renta su residencia usted necesitara **UNO** de los siguientes:

- \*Contrato de Arrendamiento o de Alquiler firmado
- \*Factura de utilidad para el eléctrico, Gas, aceite, agua/alcantarillado, teléfono fijo, TV/ Internet o basura  
(Una factura de telefono celular no es aceptable.)

Si su residencia no esta al nombre suyo va a necesitar **TODOS** los siguiente::

- \*Una carta de residencia indicando la situación de vida con fecha y firma. Debe incluir el nombre del padre/tutor, así como el nombre del estudiante en la carta.
- \*Identificación de Foto de la Persona Primaria Del Domicilio
- \*Uno de los anteriores documentos de prueba de residencia del titular de la residencia o de la seccion de alquiler

Si el estudiante no vive con el **padre/guardian**:

- \*Declaración Jurada notariada
- \*Identificación con fotografía del titular de la residencia
- \*Uno de los anteriores documentos de prueba de residencia del titular de la residencia o de la seccion de alquiler

<i>For Office Use Only</i>					
Student ID#:		Date of Registration:		Date of Enrollment:	
<i>Proof of Birth/Age:</i>					
Birth Certificate:	Yes or No	Proof of Residency:	Yes or No	Immunization Record:	Yes or No
Notes/Enrollment Information:					

<b>Demografia De Estudiante</b>			
Apellido Legal _____	Genero _____	Masculino o Hembra _____	Fecha De Nacimiento: / / _____
Nombre Legal _____	Apodo: _____	Nivel De Grado: _____	
Segundo Nombre Legal _____	Telefono De Casa: _____	No Listado: _____	Si o No _____
Sufijo Legal _____	Cellular De Estudiante: _____	Nombre De Casa _____	
Correo Electronico Del Estudiante _____	Pais De Nacimiento _____	Estado/Ciudad De Nacimiento _____	

<b>Direccion Fisica Del Estudiante</b>			
Direccion 1: _____	Direccion 2: _____	Condado _____	
Ciudad _____	Estado _____	Codigo Postal _____	
Tipo De Vivienda _____	Dueno _____	Alquiler _____	Arrendar _____
Desconocido _____			

<b>Direccion Anterior Del Estudiante</b>			
Direccion 1: _____	Direccion 2: _____	Condado _____	
Ciudad _____	Estado _____	Codigo Postal _____	

<b>Información de contacto del padre o guardian:</b>				<b>*Si el estudiante vive con Foster padres o otro adulto, debe recibir una carta de colocación Foster o declaración jurada de residencia.*</b>			
#1 Apellido Legal _____	Dirección 1 _____	Telefono De Casa _____		Telefono De Trabajo: _____		Correo Electronico: _____	
Primer Nombre Legal _____	Dirección 2: _____	Telefono Celular: _____		Telefono De Trabajo: _____		Correo Electronico: _____	
Relacion _____	Ciudad: _____	Telefono De Trabajo: _____		Telefono De Trabajo: _____		Correo Electronico: _____	
Estudiante Vive Con Esta Persona?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Estado/ Codigo Postal _____	Telefono De Trabajo: _____		Telefono De Trabajo: _____		Correo Electronico: _____	
Recibir Correspondencia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Estado Civil: _____	Telefono De Trabajo: _____		Telefono De Trabajo: _____		Correo Electronico: _____	
#2 Apellido Legal: _____	Dirección 1: _____	Telefono De Casa: _____		Telefono De Trabajo: _____		Correo Electronico: _____	
Prmer Nombre Legal: _____	Dirección 2: _____	Telefono Celular: _____		Telefono De Trabajo: _____		Correo Electronico: _____	
Relacion: _____	Ciudad: _____	Telefono De Trabajo: _____		Telefono De Trabajo: _____		Correo Electronico: _____	
Estudiante Vive Con Esta Persona?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Estado/ Codigo Postal _____	Telefono De Trabajo: _____		Telefono De Trabajo: _____		Correo Electronico: _____	
Recibir Correspondencia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Estado Civil: _____	Telefono De Trabajo: _____		Telefono De Trabajo: _____		Correo Electronico: _____	
#3 Apellido Legal: _____	Dirección 1: _____	Telefono De Casa: _____		Telefono De Trabajo: _____		Correo Electronico: _____	
Prmer Nombre Legal: _____	Dirección 2: _____	Telefono Celular: _____		Telefono De Trabajo: _____		Correo Electronico: _____	
Relacion: _____	Ciudad: _____	Telefono De Trabajo: _____		Telefono De Trabajo: _____		Correo Electronico: _____	
Estudiante Vive Con Esta Persona?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Estado/ Codigo Postal _____	Telefono De Trabajo: _____		Telefono De Trabajo: _____		Correo Electronico: _____	
Recibir Correspondencia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Estado Civil: _____	Telefono De Trabajo: _____		Telefono De Trabajo: _____		Correo Electronico: _____	
#4 Apellido Legal: _____	Dirección 1: _____	Telefono De Casa: _____		Telefono De Trabajo: _____		Correo Electronico: _____	
Primer Nombre Legal: _____	Dirección 2: _____	Telefono Celular: _____		Telefono De Trabajo: _____		Correo Electronico: _____	
Relacion: _____	Ciudad: _____	Telefono De Trabajo: _____		Telefono De Trabajo: _____		Correo Electronico: _____	
Estudiante Vive Con Esta Persona?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Estado/ Codigo Postal _____	Telefono De Trabajo: _____		Telefono De Trabajo: _____		Correo Electronico: _____	
Recibir Correspondencia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Estado Civil: _____	Telefono De Trabajo: _____		Telefono De Trabajo: _____		Correo Electronico: _____	

<b>Informacion de la Raza/Etnia:</b>			
Por favor de circular la identificación de raza y la etnicidad del estudiante.			
Indio Americano/ Nativo De Alaska _____	Asiatico _____	Negro/Africano Americano _____	
Multiracial _____	Nativo hawaiano/Isleño del Pacifico _____	Hispano _____	Bianco _____

**Niños del Hogar** Por favor de listar de todos los niños que residen en la dirección física del estudiante. (M=Masculino, F= Femenina)

#1	Apellido Legal: _____	Primer Nombre: _____	Fecha De Nacimiento: ____/____/____
	Relacion: _____	Grado: _____	Edificio: _____
#2	Apellido Legal: _____	Primer Nombre: _____	Fecha De Nacimiento: ____/____/____
	Relacion: _____	Grado: _____	Edificio: _____
#3	Apellido Legal: _____	Primer Nombre: _____	Fecha De Nacimiento: ____/____/____
	Relacion: _____	Grado: _____	Edificio: _____
#4	Apellido Legal: _____	Primer Nombre: _____	Fecha De Nacimiento: ____/____/____
	Relacion: _____	Grado: _____	Edificio: _____
#5	Apellido Legal: _____	Primer Nombre: _____	Fecha De Nacimiento: ____/____/____
	Relacion: _____	Grado: _____	Edificio: _____
#6	Apellido Legal: _____	Primer Nombre: _____	Fecha De Nacimiento: ____/____/____
	Relacion: _____	Grado: _____	Edificio: _____

**Programas Especial y/o Servicios:**

¿El niño/a ha estado evaluado/a o recibido algunos servicios de educación especial?  SI  No Indique el servicio y la más reciente fecha abajo.  
 Por favor de indicar todos los servicios y programas que su hijo/a ha recibido en el pasado y la fecha más actual de servicios, si se conocen.

Plan 504 _____	Plan De Educacion Individual (PEI) _____	Dotado Plan De Educacion Individual (DPEI) _____
Apoyo Auditorio _____	Apoyo Visual _____	Terapia Ocupacional _____
Terapia Física _____	Trabajadora Social _____	Apoyo de habla/lenguaje _____
Otros Apoyos/Servicios _____		

Usted tiene la copia mas reciente de el PEI, DPEI o Plan 504? (si aplicable)  SI  No Fecha De Documento: \_\_\_\_\_

Usted tiene la copia mas reciente de evaluacion escolar? (si aplicable)  SI  No Fecha De Documento: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a recibe apoyo de alguna agencia?  SI  No Nombre de Agencia: \_\_\_\_\_

**Cuestionario Preliminar McKinney-Vento**

La Ley McKinney-Vento define niños sin hogar como "personas que no tienen una residencia fija, regular y adecuada durante la noche." La ley proporciona ejemplos de niños que estarían comprendidos dentro de esta definición:

¿El estudiante comparte vivienda debido a la pérdida de penuria económica o vivienda?	SI	No
¿El estudiante vive en un motel, hotel, trailer park o campo de tierra debido a la falta de alojamientos alternativos?	SI	No
¿Esta el/la estudiante esperando colocacion en cuidado adoptivo?	SI	No
¿El estudiante vive en un coche, parque, espacio público, edificio abandonado, deficiente vivienda, autobús o estación de tren?	SI	No
¿El estudiante vive en un refugios de emergencia o de transición?	SI	No

**Información de la escuela anterior**

¿Este estudiante ha asistido al Distrito Escolar de la Ciudad de York an  SI  No ¿Fecha último asistió a YCSD? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Último distrito este estudiante estaba inscrito: \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_ Fecha De Retiro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Yo, autorizo al distrito escolar de la ciudad de York para recolectar datos referentes a mi hijo como: identificar los datos de asistencia y pruebas, los niveles de logro (grados) e informe de los maestros, consejeros y administradores.

Firma De Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Declaración de inscripción los padres con respecto a la suspensión y expulsión del anterior distrito**

Antes de entrar cualquier escuela, el padre, guardián o cualquier otra persona que esta encargada de un estudiante debe, al matricularse, proveer una declaración dada bajo juramento diciendo si el estudiante fue suspendido o expulsado anteriormente de cualquier escuela pública o privada dentro de Pensilvania o cualquier otro estado envolviendo armas, alcohol, drogas, o el intento de herir a otra persona o cualquier otro acto de violencia cometido en la propiedad escolar. Cualquier declaración falsa intencional realizado bajo esta sección deberá ser un delito de tercer grado.

Si este estudiante no ha sido o no está actualmente suspendido o expulsado de otra escuela, complete y firme a continuación.

Yo/Nosotros \_\_\_\_\_, juramos o afirmamos que soy/somos el(los) padre(s), guardian(es), o persona(s) quien(es) tiene(n) control de el estudiante cual estamos registrando en el distrito escolar de York. También, yo/nosotros juramos o afirmamos que no ha sido suspendido o expulsado nunca de cualquier escuela pública o privada de este estado o cualquier otro estado por un acto envolviendo armas alcohol o drogas, o el intento de herir a otra persona o cualquier otro acto de violencia cometido en la propiedad escolar.

Firma De Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si este estudiante ha o está actualmente suspendido o expulsado de otra escuela, por favor complete la siguiente información:

Yo/Nosotros \_\_\_\_\_, juramos o afirmamos que soy/somos el(los) padre(s), guardian(es), o persona(s) quien(es) tiene(n) control de el estudiante cual estamos registrando en el distrito escolar de York. También, yo/nosotros juramos o afirmamos que no ha sido suspendido o expulsado nunca de cualquier escuela pública o privada de este estado o cualquier otro estado por un acto envolviendo armas alcohol o drogas, o el intento de herir a otra persona o cualquier otro acto de violencia cometido en la propiedad escolar.

Nombre De La Escuela: \_\_\_\_\_ cha De Suspensión o Expulsión: \_\_\_\_\_

Razon De suspensión o expulsión: \_\_\_\_\_

Firma De Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Violacion De Armas - Expulsion**

Sección 13-1317.2 (Ley 26) del Código Escolar de Pensilvania provee que Los Directores de la Junta del Distrito Escolar de York tienen que EXPULSAR, POR UN PERIODO DE NO MENOS DE UN (1) DIA, cualquier estudiante que se determina que ha llevado o esta en posesion de us arma en la propiedad de la escuela, cualquier actividad de la escuela o transportacion escolar o actividad de la escuela. El superintendente puede recomendar una modificacion a este ano de acuerdo a cada caso individualmente.

La palabra "arma" incluye, pero no es limitada a, una cuchilla, instrument de cortar, herramientas de cortar, "nunchaku", arma de fuego, escopeta, rifle, o cualquier objeto, herramienta, instrumento y cualquier cosa que puede herir o agredir a una persona seriamente, y cualquier objeto no normalmente considerado arma de fuego pero tal arma que fue usado, intentado, o amenazado para herir a alguien.

Esta notida es para informarle de la Acta 26 y las provisiones de expulsion de La Acta. Favor de firmar y volver una copia de esta noticia a la escuela de su hijo(a).

**He leído y entiendo las condiciones de este acuerdo**

Firma De Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Transportacion:**

¿Su niño requiere el uso de una silla de ruedas?      Sí o No      ¿Muletas o caminador?      Sí o No

Si el estudiante tiene más de 16 años y licencia de conducir válida PA, complete lo siguiente:      Tiene el estudiante seguro valido:      Sí o No

PA Numero de Licencia De Conducir : \_\_\_\_\_ Marca/Modelo De Vehiculo: \_\_\_\_\_ Numero De Placa: \_\_\_\_\_

Si el estudiante está siendo transportado por un adulto no aparece como un padre o tutor por favor proporcione la siguiente información:

Nombre De Adulto: \_\_\_\_\_ Numero De Telefono: \_\_\_\_\_ Seguro Valido:      Sí o No

PA Numero de Licencia De Conducir : \_\_\_\_\_ Marca/Modelo De Vehiculo: \_\_\_\_\_ Numero De Placa: \_\_\_\_\_

**Distrito Escolar de la ciudad de York - Estudio de Lenguaje**

La oficina de derechos civiles (OCR) requiere que el distrito escolar/ la escuela charter/ de día completo AVTS identifiquen a los estudiantes de inglés limitado (LEP) para poder ofrecer programas de instrucción de lenguaje apropiado para ellos. Pennsylvania ha seleccionado el estudio del lenguaje como método de identificación que incluye las preguntas a continuación.

**Sección 1**

El estudiante ha recibido instrucción académica en otro idioma aparte del inglés?  Sí o  No Cuanto Tiempo? \_\_\_\_\_

Cual es el idioma que su hijo/a primero entendió? \_\_\_\_\_ Cual es el idioma que su hijo/a habla? \_\_\_\_\_

Que idioma habla su hijo/a mas frecuente en la casa? \_\_\_\_\_ Cual es el país de origen de la familia del estudiante? \_\_\_\_\_

Si usted ha contestado a Inglés a todas las preguntas en la sección 1, proceda a la sección 3.  
Si usted ha contestado algo que no sea Inglés, por favor complete la sección 2 antes de proceder a la sección 3.

**Sección 2**

El estudiante ha asistido a alguna escuela en los Estados Unidos un total de 3 años durante su  Sí o  No \_\_\_\_\_

Si usted contestó sí a la pregunta anterior, complete lo siguiente:

Nombre De La Escuela _____	Estado: _____	Fechas de Matriculación: _____
Nombre De La Escuela _____	Estado: _____	Fechas de Matriculación: _____
Nombre De La Escuela _____	Estado: _____	Fechas de Matriculación: _____

Cuál fue la fecha que su hijo primero entró en los Estados Unidos? \_\_\_\_\_Cuál fue la fecha que su hijo entraron primero en una escuela de Estados Unidos? \_\_\_\_\_

**Sección 3**

Nombre de la persona completando este formulario: \_\_\_\_\_ Firma de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

El distrito escolar tiene la responsabilidad bajo la ley federal para atender a estudiantes que son el conocimiento limitado de inglés y necesitan servicios de enseñanza de inglés. Dada esta responsabilidad, el distrito escolar tiene derecho a solicitar la información que necesita para identificar a los estudiantes de idioma inglés (ELLs). Como parte de la responsabilidad de localizar e identificar los codos, el distrito escolar puede realizar exámenes o pedir información relacionada con los estudiantes que ya están inscritos en la escuela, así como de estudiantes que se matriculan en el distrito escolar en el futuro.

**Nota:** cualquier respuesta por escrito que no sea inglés a las preguntas en la sección 1 requiere una evaluación de lenguaje.

**Internal Use Only**

Recommend for ELL Evaluation?  Yes  No

Email Notification Sent to: \_\_\_\_\_

Date Notified: \_\_\_\_\_ Initials \_\_\_\_\_

**Internet, Computadoras y Recursos de la Red - Política de Uso Aceptable**

Su hijo o hija recibirá acceso a Internet con el fin de participar en proyectos del currículo que serán desarrollados por algunos de los maestros de su hijo. Su hijo llegará a Internet a través de aplicaciones informáticas proporcionado por el Distrito Escolar de la Ciudad de York. Le pedimos a revisar este documento con su hijo(s) y a firmar el formulario de consentimiento. Maestro de su hijo ya ha discutido esta política con su hijo, o cuando empiecen las clases.

**Prohibiciones y lineamientos de ética estudiantil**

El Internet es una red mundial de telecomunicaciones. Hay miles de recursos en Internet. Usted encontrará las bibliotecas, agencias gubernamentales, universidades, grupos de discusión, software, información técnica y millones de personas que forman parte de esta red. Tu cuenta de estudiante le permite utilizar estos recursos. El propósito de su cuenta de estudiante es permitirle participar en las actividades extracurriculares en la escuela usando el Internet. El distrito mantiene software de filtro para impedir que los aspectos más inapropiados de Internet llegando a computadoras de la escuela.

Se espera que los estudiantes se comporten conforme a las normas sociales y culturales de su comunidad y como tal de acuerdo a los siguientes lineamientos:

- Uso de Internet de la escuela esta bajo la supervisión directa del personal de la escuela y los estudiantes están obligados a usarla adecuadamente. Ellos deben conducirse con responsabilidad, ética y cortesmente mientras en línea.
- Esta prohibido el uso de o la visualización de material obsceno o ilegal o dedicarse a actividades de apoyo a dichas actividades.
- Abuso de la política de uso aceptable dará lugar a la suspensión o terminación de acceso los estudiantes a Internet.
- El uso de su cuenta de red para actividades fuera de las escuelas no es aceptable.
- Copiar o utilizar copias no autorizadas de software comercial no es aceptable.
- Este acuerdo permanecera en vigor para el a no escólar actual revocada por cualquiera de las partes mediante notificación por escrito.
- Ninguna participación en cualquier forma de acoso cibernético sera tolerada y resultara en la pérdida de acceso, además de cualquier disciplina apropiada.

Si viola cualquiera de los términos o Condiciones de esta póliza entiendo que puede perder todos los privilegios de red en el distrito escolar de los sistemas informáticos de la ciudad de York y también puede ser sujeto a acción disciplinaria más; esa acción puede incluir la suspensión o expulsión de la escuela.

**Estudiantes menores de 18 años**

Como padre/guardián del estudiante mencionado anteriormente, he leído la zona Internet, Computadoras y política de uso aceptable de recursos de red y contrato Formal. Entiendo que este acceso está diseñado con el propósito de apoyar a mejorar el aprendizaje y la instrucción pero que el distrito no puede restringir el acceso a todo el material polémico. Yo no realizará el distrito o sus empleados responsables de materiales que el alumno puede adquirir en la red. Además, acepto toda la responsabilidad por la supervisión cuando uso mi hijo no está en el ambiente escolar. Por la presente doy mi permiso para que el estudiante mencionado anteriormente utilizar acceso de redes e Internet de distrito hasta revocada por escrito por mí y además Certifico que la información contenida en este formulario es correcta.

Nombre De Estudiante: \_\_\_\_\_ Firma De Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre De Padre: \_\_\_\_\_ Firma De Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número de teléfono durante el día del padre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono durante la noche del padre: \_\_\_\_\_

**Estudiantes de 18 años y mayores**

He leído la política de Uso Aceptable para el Distrito Escolar De Ciudad De York en el Internet, Computadoras y política de uso aceptable de recursos de red. Entiendo y va acatar todas las reglas, políticas, procedimiento y las leyes que rigen el uso de la red/Internet del distrito. Entiendo que violación de los reglamentos no serán aceptable y puede constituir un delito. Debo comprometer que cualquier violación, mis privilegios de acceso pueden ser revocados y escuela disciplinaria o legal

Nombre De Estudiante: \_\_\_\_\_ Firma De Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Comunicado de Prensa/Foto**

El Distrito Escolar de la Ciudad de York desarrolla diversas publicaciones para promover e informar al público de los programas y logros obtenidos en todo el distrito. Estos pueden incluir, pero no se limitan a, el boletín informativo del distrito, calendario escolar, informes anuales, presentaciones y anuncios del sitio web. Esto también puede incluir cobertura por medios de comunicación locales como periódicos y televisión. Somos sensibles a las necesidades de los niños y a la intimidad de los padres y tomara las medidas necesarias para tratar asuntos de relaciones públicas apropiadamente.

Entiendo y acepto que no habrá ninguna compensación por el uso de estos materiales escritos o visuales. También estoy de acuerdo liberar y descarga el distrito escolar de la ciudad de York de todas las reclamaciones y demandas, de cualquier naturaleza, que surja de o en relación con el uso de fotografías, entrevistas, películas o videos de mi hijo. Este permiso y liberación seguirá en efecto hasta que de en escrito a el distrito escolar de la ciudad de York aviso al terminar mi permiso, si a continuación.

Si, Yo doy permiso al Distrito Escolar de la Ciudad de York a utilizar fotografías, entrevistas, películas o videos de mi niño para publicaciones del distrito escolar o la cobertura de los medios locales.

No, Yo no doy permiso al Distrito Escolar de la Ciudad de York a utilizar fotografías, entrevistas, películas o videos de mi niño para publicaciones del distrito escolar o la cobertura de los medios locales.

Firma De Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Certificación de la inscripción:**

La información incluida en el formulario es exacta y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

¿Es el estudiante un padre/madre solo/sola?  Si  No ¿Es el estudiante un estudiante de intercambio?  Si  No

Firma De Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

SCHOOL DISTRICT OF THE CITY OF YORK  
31 N PERSHING AVE YORK PA 17401

CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre del Distrito Escolar: YORK CITY SCHOOL DISTRICT

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Género:  Hombre Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_  
 Mujer Mes Día Año (jardín de infantes - 12) (opcional)

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 indicar

- En un refugio
- Con otra familia o otra persona debido a la pérdida del hogar o a dificultades económicas  
\_\_\_\_\_ Permanente \_\_\_\_\_ Temporario
- En un hotel/motel
- En un carro, parque, autobús, tren, o camping
- Vivienda transitoria
- 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

**ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS:** Si el estudiante **NO** vive en un hogar permanente, favor de asegurarse de completar el formulario McKinney Vento en la pagina inversa.

**NOTE:** SCAN AND EMAIL BOTH PAGES TO PRISCILLA TANCO @ [TANCOPRI@YCS.K12.PA.US](mailto:TANCOPRI@YCS.K12.PA.US)





NORTHWEST TRI-COUNTY INTERMEDIATE UNIT

252 Waterford Street, Edinboro, Pennsylvania 16412-2315

PHONE 814-734-5610

1-800-677-5610

FAX 814-734-5806

TTD 814-734-1098

http://www.iu5.org

# Programa de Educación Migrante de Pennsylvania School Referral Form: York City School District - Español

Esta solicitud es para determinar si sus hijos (de 0 a 21) pueden calificar para el programa de educación migrante de Pennsylvania y los servicios educativos adicionales gratuitos proporcionados por el programa. Nos pondremos en contacto con usted, basado en sus respuestas. **TODA LA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ CONFIDENCIAL.**

Nombre de padres o tutores \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombres de sus hijos: \_\_\_\_\_

Por favor, conteste " sí " o " no " si se aplica a usted.

( 1 ) ¿Hay alguien en su hogar que se trasladó desde otro país , ciudad o distrito escolar dentro de los últimos 3 años ?

\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

( 2 ) ¿Alguien en su hogar trabajó o buscó trabajo en las siguientes ocupaciones dentro los últimos 3 años? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Cualquier trabajo agrícola o granja (tales como heno, productos lácteos, cultivos de frutas o vegetales, aves de corral, la cría de peces, vivero / invernadero, otros)



El trabajo relacionado con la explotación forestal, el cultivo o la cosecha de la madera. Trabajar en una planta de procesamiento de alimentos, tales como plantas de verduras o carne de ave de procesamiento, envasado manzanas, verduras, carne de cerdo o de ternera.



Si sus hijos son elegibles para el Programa de Educación Migrante, que se ofrecerán servicios gratuitos de apoyo educativos que pueden incluir tutoría después de clases, programas escolares de verano, actividades de pre - universitarios y referencias a otras agencias que ayudan usted y sus hijos. Sus niños también recibirán almuerzo gratis en la escuela.

## York City School District - Request for Information



According to the Final Regulations-Family Rights and Privacy Act, dated June 17, 1986, it is no longer necessary to obtain written consent to release records between schools. The Act further states that school officials, including teachers within the educational institution and officials of other schools in the public school system in which the student may intend to enroll, may receive student records without a written consent for such release.

Please send us the complete transcript of: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

School entering from: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

School address: \_\_\_\_\_ Grade Level: \_\_\_\_\_

Please include all of the following information:

1. PA Secure ID#
2. State Health Certificate of Immunization records
3. Complete grades, including most recent report card and current grades
4. Key to your grading system
5. Date of birth, entrance to your school and withdrawal from your school
6. Assessment Information (i.e. PSSA, Keystone, MAP, CDT, SAT, PSAT, etc.)
7. All Special Education Information (Learning Support, Gifted, IEP, GIEP, NCRA, 504)
8. Disciplinary records (please indicate if not discipline record exists)

### Certified Disciplinary Records Request For Safe School Act Compliance

PSC 1305-A Requires the receiving school district in the state of Pennsylvania to request certified disciplinary records from a student's former school.

For disciplinary records, please initial the appropriate blank:

_____	_____
Certified disciplinary record is enclosed	Student does not have a disciplinary record
1. Is this student currently suspended?	
2. Is this student currently expelled?	

The signature of the following individual certifies that the disciplinary records enclosed are true and accurate disciplinary records of the student named in this request.

_____	_____	_____
Name of School Official	Position	Date

When possible, the parent or guardian's signature will be provided below.

_____	_____	_____
Parent/Legal Guardian Signature	Student's Full Name	Date of Request

\*Please email (preferred) or fax to the email address or fax number on the attached cover sheet. tancopri@ycc.k12.pa.us  
717-849-1394

**SCHOOL DISTRICT OF THE CITY OF YORK**  
**EMERGENCY INFORMATION FORM / FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA**

NAME/NOMBRE: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

BIRTHDATE/FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ GRADE/GRADO: \_\_\_\_\_ HOMEROOM/SALÓN # \_\_\_\_\_

ADDRESS/DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ EMAIL/CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

SOCIAL SECURITY #/# DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ HOME PHONE/#TEL. CASA \_\_\_\_\_

MOTHER/MADRE: \_\_\_\_\_ CELL#/#CEL \_\_\_\_\_ WORK #/# TRABAJO \_\_\_\_\_

FATHER/PADRE: \_\_\_\_\_ CELL#/#CEL \_\_\_\_\_ WORK #/# TRABAJO \_\_\_\_\_

Please list 2 neighbors or nearby relatives who will assume temporary care of your child if you cannot be reached:  
 Por favor anote 2 vecinos o familiares que vivan cerca quienes pueden cuidar a su hijo si no podemos comunicarnos con usted:

NAME/NOMBRE: \_\_\_\_\_ PHONE#/#TEL.: \_\_\_\_\_

NAME/NOMBRE: \_\_\_\_\_ PHONE#/#TEL.: \_\_\_\_\_

PHYSICIAN/DOCTOR/CLINICA: \_\_\_\_\_ DENTIST/DENTISTA: \_\_\_\_\_

HEALTH INSURANCE/SEGURO MÉDICO: \_\_\_\_\_ PREFERRED HOSPITAL/HOSPITAL DE PREFERENCIA: \_\_\_\_\_

LIST ANY SERIOUS ILLNESS, SPECIAL HEALTH PROBLEM, OPERATION, OR ANY DIAGNOSED CONDITION SUCH AS ASTHMA, SICKLE CELL, DIABETES, SEIZURES, ADHD, BIPOLAR, ETC.:  
 ANOTE CUALQUIER ENFERMEDAD SERIA, PROBLEMA DE SALUD, OPERACIÓN, O CUALQUIER CONDICIÓN DIAGNOSTICADA COMO ASMA, ENFERMEDAD DE CELULAS, DIABETES, ATAQUES, ADHD (hiperactividad y atención), BIPOLAR, ETC.:

LIST ANY SEVERE ALLERGY (BEE STING, MEDICATION, FOOD, OTHER) AND THE CHILD'S REACTION:  
 ANOTE CUALQUIER ALERGIA SEVERA (PIQUETES DE ABEJAS, MEDICINA, COMIDA, OTROS) Y REACCIÓN DEL NIÑO:

LIST ALL MEDICATION(S) AND DOSAGE(S) THAT YOUR CHILD IS TAKING:  
 ANOTE TODO LOS MEDICAMENTOS Y DOSIS QUE SU HIJO ESTE TOMANDO:

By signing this card you are giving permission for the following: / Al firmar esta tarjeta usted está dando permiso para lo siguiente:  
 The School District of the City of York may exchange medical and dental information with your child's physician and dentist and may share health information with other professionals, as needed, in support of the education process. You release from liability and give permission for school personnel to administer first aid, emergency medical care, and medication according to school policy and physician standing orders.  
 El Distrito Escolar de la Ciudad de York pudiera intercambiar información médica y dental con el doctor y dentista de su hijo y pudiera compartir la información de salud con otros profesionales, según sea necesario, en apoyo al proceso de educación. Usted libera de responsabilidad y da permiso al personal de la escuela para administrar primeros auxilios, atención médica de emergencia, y medicamento de acuerdo a la póliza de la escuela y las instrucciones actuales del doctor.

Over the counter medication that your child may receive at school if you circle Yes: (Circle Yes or No)  
 El medicamento sin receta que su hijo puede recibir en la escuela si usted circula Sí: (Circule Sí o No)

Acetaminophen (Tylenol)	Yes/Sí No	Tums (for stomachache)/Pastillas p/estómago	Yes/Sí No
Cough Drops/Pastillas p/Toz	Yes/Sí No	Throat Spray/ Spray p/Garganta	Yes/Sí No
Ibuprofen (Advil)	Yes/Sí No		

Parent/Guardian Signature/Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

White - Nurse Yellow - Office Pink - Teacher

Information de Salud

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sex: H M Grado: \_\_\_\_\_

¿Ha asistido su hijo/a a otras escuelas en Pensilvania? Sí o No ¿Estado de la última escuela? \_\_\_\_\_

¿Ha su hijo/a sido diagnosticado o tratado por cualquiera de las siguientes? Circule las que apliquen.

- |                         |            |                                   |                        |                                  |
|-------------------------|------------|-----------------------------------|------------------------|----------------------------------|
| Alergia-Comida          | Asma       | Problemas de Visión               | Conmoción Cerebral     | Enfermedad Cardíaca              |
| Alergia -medicación     | ADHD/OCD   | Problemas de Audición             | Fracturas De Huesos    | Enfermedad Renal                 |
| Alergia -insecto/animal | Escoliosis | Condición crónica de la piel      | Trastorno Convulsivo   | Trastornos De Sangre/Transfusión |
| Alergia -ambiental      | Diabetes   | Enfermedad de células falciformes | Varicela (Fecha _____) | Otro: _____                      |

Detalles de los artículos marcados: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si su hijo/a tiene alguna de las siguientes, indique los detalles:

Enfermedades recurrentes: \_\_\_\_\_ Cirugías: \_\_\_\_\_

Problemas Emocionales: \_\_\_\_\_

Accidentes Graves: \_\_\_\_\_

¿En la actualidad, su hijo/a esta bajo tratamiento médico por cualquier condición? Sí o No Detalles: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medicamentos prescritos diarios:**

Medicación: _____	Dosis: _____	Frecuencia: _____	Doctor: _____	Razon: _____
Medicación: _____	Dosis: _____	Frecuencia: _____	Doctor: _____	Razon: _____
Medicación: _____	Dosis: _____	Frecuencia: _____	Doctor: _____	Razon: _____
Medicación: _____	Dosis: _____	Frecuencia: _____	Doctor: _____	Razon: _____

Permiso: Al firmar este formulario está dando permiso para lo siguiente: El Distrito Escolar de la Ciudad de York podrán intercambiar información médico y dentista de su hija y pueden compartir información médica con otros profesionales, según sea necesario, para apoyar el proceso de educación.

Seguro De Salud: Sí o No Nombre de Plan: \_\_\_\_\_

Médico de Familia: \_\_\_\_\_ Numero De Telefono: \_\_\_\_\_

Dentista de Familia: \_\_\_\_\_ Numero De Telefono: \_\_\_\_\_

Hospital Preferido: \_\_\_\_\_

EN EMERGENCIA EXTREMA PUEDE SER NECESARIO TRANSPORTAR AL NIÑO AL HOSPITAL MÁS CERCANO.

Doy permiso al personal del distrito escolar de la ciudad de York que transporten, o hagan arreglos para el transporte de mi hijo a recibir atención médica de emergencia en caso de que las personas mencionadas no pueden ser contactadas.

Yo libero de responsabilidad y doy permiso para que el personal de la escuela administre primeros auxilios, asistencia médica de emergencia y medicamentos según la política de la escuela y el reglamento médico.

Doy permiso para que el ayudante de enfermera y de salud escolar compartir información médica pertinente acerca de mi hijo con su maestro u otro personal del distrito escolar cuando está en el mayor interés de la salud de mi hijo/a.

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_