

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE MIDDLE COUNTRY
REQUISITOS PARA INSCRIPCION
25 N. Bicycle Path en Selden, NY

NÚMERO DE TELÉFONO: (631) 285-8890

- Original y fotocopia del acta de nacimiento
 - Número de FAX a la escuela anterior y transferencia o documentos de retiro de la escuela anterior
 - Dos pruebas de residencia en el Distrito Escolar Central de Middle Country:
 - Facturas de servicios públicos actuales (electricidad, gas, combustible, agua, televisión por cable o satélite)
 - Estado actual de la hipoteca
 - Escritura de su casa
 - Última factura de impuestos de propiedad
 - Compromiso de hipoteca (residencia existente solamente) con póliza de seguro de propietario
 - Póliza de seguro del inquilino actual
 - Contrato de arrendamiento original de la firma de administración de arrendamientos, como Fairfield Properties o Island View
 - O -
 - Declaración jurada de registro del distrito firmada y notarizada por el propietario con una copia de la factura de impuestos a la propiedad del propietario
- La licencia de conducir, las tarjetas de seguro y los estados de cuenta bancarios o de crédito no son comprobantes aceptables de residencia**
- Papeles de custodia, si es aplicable
 - Registro de inmunización: un certificado de inmunización firmado o sellado con membrete del médico o un registro de salud firmado por una escuela anterior que indique las fechas específicas de las cantidades. (revise vacunas requeridas para estudiantes)
 - Las exenciones religiosas o médicas a estos requisitos deben presentarse a los oficiales escolares por escrito. Formularios disponibles en Registro Central.
 - Padre / Guardián debe traer foto identificación con usted



**MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT
STUDENT REGISTRATION FORM**

NEW STUDENT

RE-ENTRY

STUDENT INFORMATION

STUDENT ID #	Last Name		First Name		Middle Name		Sex	Date of Birth	
	Birthplace City			State	Country		If not USA, Date of Entry to USA		
BUILDING	CHILD'S ETHNIC AND RACE INFORMATION								
	Please answer the two-part question					Is the child Hispanic or Latino?		YES	NO
	Please indicate any race group that applies, select one or more.					B – Black or African American			
	P – Native Hawaiian/Other Pacific Islander					W – White			
GRADE	I – American Indian or Alaskan Native					A – Asian			
	PREVIOUS SCHOOL INFORMATION								
ESL	SPED	Last School Attended			Grade Level	Name of District			
Address									
Does your child receive any Special Education Services?							Yes	No	
COMPLETE IF STUDENT IS RE-ENTERING THE MIDDLE COUNTRY SCHOOL DISTRICT									
Last Date and School Attended									

PARENT/GUARDIAN INFORMATION (where child resides)

Proof of Residence <input type="checkbox"/> House Deed <input type="checkbox"/> Property Tax Bill <input type="checkbox"/> Mortgage Statement <input type="checkbox"/> Homeowners Insurance Policy <input type="checkbox"/> Landlord Affidavit <input type="checkbox"/> Utility Bill (2) <input type="checkbox"/> Apartment Complex Lease	Last Name – Parent 1 or Guardian 1		First Name		Relationship to child <input type="checkbox"/> Birth/Adopted Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Custodial Care <input type="checkbox"/> Foster Care <input type="checkbox"/> Step Parent			
	Cell Number () ()		Work Number () ()					
	Email:							
	Last Name – Parent 2 or Guardian 2		First Name		Relationship to child <input type="checkbox"/> Birth/Adopted Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Custodial Care <input type="checkbox"/> Foster Care <input type="checkbox"/> Step Parent			
	Cell Number () ()		Work Number () ()					
	Email:							
	Resident Address							
	STREET		TOWN			STATE		ZIP
	Mailing Address (if different)						Home Telephone () ()	
	Is a second language spoken in the home?				Yes	No	If yes, what is the language?	
Is enrollment related to Homelessness?						Yes	No	
IF APPLICABLE PROVIDE NAME, ADDRESS AND PHONE NUMBERS OF PARENT NOT LIVING WITH CHILD								
NAME						Home Number () ()		
STREET						Cell Number () ()		
TOWN						Work Number () ()		
STATE						Email () ()		
ZIP						Should this parent receive school mailings?		
SHOULD THIS PARENT RECEIVE SCHOOL MAILINGS?						Yes	No	

Parent/Guardian Signature _____ Date: _____



SIBLING INFORMATION - Please list all other children in family including infants.

Last Name	First Name	Middle Name	Sex	Date of Birth	Grade (if any)

ESTIMADOS PADRES O TUTORES:

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

NOMBRE _____ SEXO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ ESCUELA _____

DIRECCIÓN _____ N.º DE TEL. DEL HOGAR _____

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

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

LUGAR DE EMPLEO DE LOS PADRES

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

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

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

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

FOR OFFICE USE ONLY:

_____ IMMUNIZATION RECORD VERIFIED/ATTACHED

Initials of Central Registration staff member _____

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

ANEMIA _____ ASMA _____ ALERGIAS _____ DIABETES _____ EPILEPSIA _____
 ENFERMEDAD CARDÍACA _____ ENFERMEDAD RENAL _____ TUBERCULOSIS O CONTACTO CON TB _____

ENFERMEDADES GRAVES, LESIONES, OPERACIONES _____
 EXPLICACIÓN DE LO MENCIONADO ANTERIORMENTE: _____

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO REGULARMENTE? NO _____ SÍ _____

¿SE LE ADMINISTRARÁN MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR? NO _____ SÍ _____

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

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

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN	_____
NOMBRE DEL MÉDICO	_____
DIRECCIÓN	_____

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



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK
Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes
para alumnos de preescolar¹

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

ESTA SECCIÓN SOLO SERÁ COMPLETADA POR PERSONAL ESCOLAR O A CARGO DE LA INSCRIPCIÓN Y SE ARCHIVARÁ

Fecha en que se completó el perfil:
Nombre del estudiante:
Sexo:
Fecha de nacimiento:
Nombre de la organización con base en el distrito o la comunidad:
Nro. de identificación del estudiante (si corresponde):
Nombre de la persona que administra el perfil:
Puesto:

Información del padre, la madre o la persona que desempeña un rol parental

Nombre del padre, la madre o la persona que se desempeña un rol parental:

Relación (con el estudiante) de la persona que brinda la información para este perfil: Madre Padre Otro

¿En qué idiomas desea recibir información de la escuela? Inglés Otro idioma que se habla en el hogar:

Idioma que se habla en el hogar

1. ¿En qué idiomas le hablan ustedes (los padres o tutores) a su hijo en el hogar?

2. ¿Cuáles son los idiomas principales del padre/madre/tutor en su hogar individualmente?
 (Enumere todos los que correspondan.)

3. ¿Hay un cuidador en el hogar? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idiomas habla el cuidador con más frecuencia?

4. ¿Qué idiomas entiende su hijo?

5. ¿En qué idiomas habla su hijo con otras personas?

6. ¿Su hijo tiene hermanos? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idiomas hablan los niños entre ellos la mayor parte del tiempo?

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

¿En qué idioma?

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

¿En qué idioma?

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

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

Idioma fuera del hogar/de la familia

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

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

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

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

Objetivos de idioma

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

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

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

En caso afirmativo, ¿qué idioma?

Alfabetización emergente

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

¿En qué idioma le leen estos libros?

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

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

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

17a. ¿Su hijo simula leer? Sí No No está seguro

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

17b. ¿Su hijo simula escribir? Sí No No está seguro

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

18. ¿Su hijo cuenta historias de sus libros o videos favoritos? Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

19. ¿El programa de cuidado infantil o guardería de su hijo describe objetivos para su aprendizaje? Sí No

De ser así, ¿qué objetivos describe?

20. Describa algo especial que haya hecho para preparar a su hijo para comenzar el preescolar.

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

MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

**ESTADO DE NUEVA YORK
CONDADO DE SUFFOLK**

AFIDAVIT DE REGISTRACION

La siguiente persona(s) _____

Residen en el _____

que esta dentro de los Limites del Distrito Escolar de Middle Country. Si el Distrito Escolar de Middle Country determina que la person aqui mencionada no reside en esta direccion o se ha mudado, yo entiendo que sere responsable por el pago del estudio de cada estudiante que asistio al Distrito Escolar de Middle Country, en ese momento ese(esos) estudiante(s) seran dado de baja de los registro de atendencia y no seran permitidos a asistir a una escuela en el Distrito Escolar de Middle Country.

Usted entiende que este affidavit es hecho bajo juramento, que esta declaracion es verdad; del cual depende el Consejo de Administracion de Middle Country y, que si la informacion dada en este affidavit es falsa, el estudiante no sera permitido asistir al Distrito Escolar. El distrito entonces tomara acciones legales para recauder el dinero y un referido sera hecha a la oficina de Abogados del distrito por representacion falsa.

_____ **firma de la persona**

_____ **Print Name**

_____ **numero de telefono**

Document provided by Homeowner:
_____ Property Tax Bill: must be presented to MCCSD Central
Registration Office

Jurado ante mi
_____ dia de _____, 20____

Notario Publico

MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

STATE OF NEW YORK
COUNTY OF SUFFOLK

REGISTRATION AFFIDAVIT

The following person(s) _____

Reside(s) at _____

which is within the boundaries of the Middle Country Central School District. In the event that the Middle Country Central School District determines that the above person(s) does not reside at this address or has moved out, I understand that I will be liable for tuition for each student that attended the Middle Country Central School District and at that time the student (s) will be dropped from the attendance register and will no longer be allowed to attend school within the Middle Country Central School District.

Your deponent understands that this affidavit is made under oath; that the statements are true; that the Middle Country Board of Education will rely thereon and, if the information provided in the affidavit is false, the student will not be permitted to attend the district. The district will then take legal action to recover tuition and a referral will be made to the Suffolk County District Attorney's office for fraudulent misrepresentation.

Signature of Deponent (Homeowner)

Print Name

Telephone Number

Document provided by Homeowner:
___ Property Tax Bill: must be presented to MCCSD
Central Registration Office

Taken and Sworn to before me this
_____ day of _____, 20 _____

Notary Public

Año escolar 2023-2024

Requisitos de vacunación del estado de Nueva York para inscribirse/asistir a la escuela¹

NOTAS:

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

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

Vacunas	Prekindergarten (guardería infantil, programa Head Start, guardería o pre-K)	Kindergarten y 1.º, 2.º, 3.º, 4.º y 5.º grado	6.º, 7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado	12.º grado
Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td)²	4 dosis	5 dosis o 4 dosis si la cuarta dosis se aplicó a los 4 años de edad o más, o 3 dosis si tiene 7 años o más y la serie se inició a partir del año		3 dosis
Refuerzo de la vacuna con toxoide diftérico y tetánico y la vacuna contra la tos ferina (Tdap) para adolescentes³		No corresponde		1 dosis
Vacuna antipoliomielítica (IPV/OPV)⁴	3 dosis	4 dosis o 3 dosis si la tercera dosis se aplicó a los 4 años de edad o más		
Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR)⁵	1 dosis	2 dosis		
Vacuna contra la hepatitis B⁶	3 dosis	3 dosis o 2 dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) para niños que recibieron las dosis en intervalos de al menos 4 meses entre los 11 y los 15 años de edad		
Vacuna contra la varicela⁷	1 dosis	2 dosis		
Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY)⁸		No corresponde	7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado: 1 dosis	2 dosis o 1 dosis si la dosis se aplicó a los 16 años de edad o más
Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo B (Hib)⁹	1 a 4 dosis	No corresponde		
Vacuna neumocócica conjugada (PCV)¹⁰	1 a 4 dosis	No corresponde		



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 _____

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 _____