

# Rockville Centre Union Free School District

## Administration Building

128 Shepherd Street

Rockville Centre, New York 11570-2298

(516) 255-8957 FAX (516) 255-8810

[www.rvcschools.org](http://www.rvcschools.org)



## BOARD OF EDUCATION

TARA HACKETT ..... *President*  
SUSAN McNULTY ..... *Vice President*  
KELLY BARRY ..... *Secretary*  
LIZ DION ..... *Trustee*  
JOHN O'SHEA ..... *Trustee*

WILLIAM H. JOHNSON, Ed.D.  
*Superintendent of Schools*

Robert A. Bartels  
*Assistant Superintendent*

Christopher J. Pellettieri, Ed.D.  
*Assistant Superintendent*

Noreen Leahy, Ed.D.  
*Assistant Superintendent*

18 Noviembre de 2019

Estimados padres o tutores:

Bienvenido al Rockville Centre Union Free School District. El Registro en Kindergarten será dirigido por la **Secretaria del Distrito en la Sala 1413, South Side High School, 140 Shepherd Street, Rockville Centre, Nueva York**, de acuerdo con el programa adjunto. Para salvaguardar la salud de su/sus niños, para colocar a su/sus niños en el programa más apropiado y para acatar con la Política de Distrito y la Ley del Estado de Nueva York, necesitaremos cierta información y registros. Para completar el proceso de inscripción, esta información y el paquete de registro del Distrito se deben completar y enviar a la Secretaria del Distrito. El Paquete de registro puede obtenerse del sitio web del Distrito [www.rvcschools.org](http://www.rvcschools.org), desde la escuela primaria de su hijo, o de la Secretaria del Distrito, Marylou Celiberti, al 516-255-8926.

### **Es importante que traiga los siguientes documentos cuando venga a realizar el registro:**

**Documentación de edad:** Para determinar, por ejemplo, las necesidades de programas de su/sus hijos, necesitará brindar prueba de edad mediante uno de los siguientes:

- a. El original o un testimonio certificado de una partida de nacimiento o registro de bautismo (incluyendo el original o un testimonio certificado de una partida de nacimiento extranjera o registro de bautismo) que establezcan la fecha de nacimiento; o
- b. pasaporte (incluyendo el pasaporte extranjero) que establezca la fecha de nacimiento.

Donde lo anterior no esté disponible, el Distrito Escolar puede considerar ciertos otros documentos/registros en existencia de dos años o más para determinar la edad. Pueden ser necesarios uno o más de estos documentos. Los documentos son los siguientes:

- Identificación emitida por el estado u otro gobierno
- Tarjeta de identificación del consulado
- Registros de hospital o salud
- Tarjeta de identificación de dependencias militares
- Documentos emitidos por agencias locales, estatales o federales (por ejemplo, agencias locales de servicios sociales, Oficina de Reubicación de Refugiados federal)
- Órdenes de la corte u otros documentos emitidos por la corte
- Documento en juicio que acredite ser Americano Nativo
- Registros de agencias de ayuda internacional sin fines de lucro y agencias de voluntarios
- Nota: El Distrito Escolar puede necesitar verificar estos documentos/registros

**De acuerdo con la Ley del Estado de NY, para registrar a su/sus hijos en el Distrito Escolar, debe estar domiciliado físicamente en una dirección dentro de los límites geográficos del Distrito Escolar.**

**Se requiere Prueba de residencia: debe brindar al menos un punto de la Sección A y dos puntos de la Sección B; si no puede brindar un punto de la Sección A, necesitará tres puntos de la Sección B. ESTAS PRUEBAS DEBEN SER ACTUALES.**

### **Sección A**

- 1) *Copia de un contrato de alquiler residencial o prueba de propiedad de una casa o condominio, tal como una escritura, declaración de hipoteca o factura tributaria*
- 2) *Una declaración de un tercero arrendador, propietario o inquilino a quien alquilan los padres o personas en relación parental o con quien comparten la propiedad dentro del distrito*
- 3) *Toda otra declaración de un tercero que establece la presencia física de los padres o personas en relación parental en el Distrito Escolar*

### **Sección B**

- 1) *Talón de ingresos*
- 2) *Formularios de impuestos sobre la renta*
- 3) *Recibo de un servicio u otros servicios (por ej. compañía de electricidad, cable, National Grid, etc.),*
- 4) *Documentos de membresía basados en la residencia (por ej., tarjetas de biblioteca)*
- 5) *Documentos de registro de votantes*
- 6) *Licencia de conducir oficial, permiso de aprendiz o identificación de no conductor*
- 7) *Identificación emitida por el estado u otro gobierno*
- 8) *Documentos emitidos por agencias locales, estatales o federales (por ejemplo, agencias locales de servicios sociales, Oficina de Reubicación de Refugiados federal)*
- 9) *Evidencia de custodia de los niños, que incluye pero no limita, a las órdenes de custodia judicial o documentación de tutela*
- 10) *Otras formas de documentación y/o información que establece la presencia física de los padres o personas en relación parental en el Distrito Escolar.*

Si tiene preguntas con respecto al cumplimiento de los requisitos de residencia en el Distrito o si no tiene hogar, póngase en contacto con la Secretaria del Distrito.

**Los padres/tutores deben brindar prueba adecuada de la relación parental:** El Distrito Escolar puede necesitar que los padres o personas en relación parental brinden al Distrito Escolar una declaración jurada ya sea: (1) para indicar que son los padres con los que su/sus hijos residen legalmente; o (2) para indicar que son las personas en relación parental con el/los niños, que tienen custodia y control permanente y total, y describir cómo se obtuvo, ya sea a través de tutela o de otra manera. El Distrito Escolar también puede aceptar otra prueba, como documentación que indique que el/los niños residen con un patrocinador [sponsor] colocado por una agencia federal. Para obtener información adicional, póngase en contacto con la Secretaria del Distrito.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA que para que su hijo / hijos asistan las escuelas del Distrito Escolar Rockville Centre, usted tiene que ser un residente del Distrito Escolar.

Si se determina en cualquier momento que usted no es residente del Distrito Escolar, su hijo / hijos serán excluidos de la escuela. Además, puede ser responsable por el pago de la matrícula desde la fecha de inscripción hasta la fecha de exclusión, así como los costos de la cobranza.

**Por favor complete los formularios incluidos y traerlos cuando realice el registro:**

- Formulario de estudiante nuevo
- Formulario de servicios anteriores de educación especial
- Cuestionario del idioma que se habla en el hogar
- Formulario de identificación étnica y racial del estudiante
- Cuestionario de residencia
- Juramento del padre/tutor legal
- Formulario de circunstancias especiales de hogar (de ser aplicable)
- Formulario de petición de región (si es aplicable)
- Tarjeta de contacto en caso de emergencias
- Tarjeta de inmunización complete y firmada (ver el adjunto para mayor información)
- Formulario de examen físico, salud e historial, y certificado dental **(No tiene que estar complete antes del registro)**
- Formulario de datos familiares de salud/hogar
- Declaración jurada de residencia (de ser aplicable)

**IMPORTANTE: Al no completar o suministrar todo el material descrito anteriormente, puede tener como resultado que no podamos registrar a su hijo para que asista a la escuela.**

Se le asignará un estacionamiento para cuando venga al South Side High School para registrar a su hijo. **Es necesario traer identificación con foto para poder entrar al edificio.** Si existe cualquier razón por la que no pueda asistir al registro a la hora asignada, o si no planea enviar a su hijo al Rockville Centre Public Schools, por favor notifique a la Secretaria, Sra. Marylou Celiberti al 255-8926. La presencia de su hijo no es necesaria al momento del registro.

Si tiene preguntas o preocupaciones, siéntase cómodo en llamar a la Oficina de la Secretaria al 516-255-8926.

Atentamente,

William H. Johnson, Ed.D.  
Superintendente de Escuelas

WHJ:mc  
Adjuntos

ROCKVILLE CENTRE UNION FREE SCHOOL DISTRICT  
Committee on Special Education  
Committee on Preschool Special Education  
128 Shepherd Street  
Rockville Centre, New York 11570  
(516) 255-8942/8815 FAX (516) 764-0219



**WILLIAM H. JOHNSON, Ed.D.**  
*Superintendent of Schools*  
**NOREEN LEAHY, Ed.D**  
*Assistant Superintendent of Pupil Personnel  
Services  
& Special Education*  
**DR. ORLY GADON**  
*/CSE Chairperson*

---

Queridos padres / tutores,

Tenga en cuenta que el distrito escolar debe informar a todos los padres de los niños que ingresan a nuestras escuelas de los derechos de sus hijos con respecto a la educación especial.

De acuerdo con las regulaciones federales y estatales, el Distrito Escolar Libre de Rockville Centre provee servicios de educación especial apropiados a estudiantes con discapacidades educativas. Cualquier padre que sospeche que su hijo puede tener una discapacidad educativa puede hacer una remisión por escrito al director de su escuela o al Dr. Orly Gadon, Presidente del CPSE / CSE, oa la Dra. Noreen Leahy, Superintendente Auxiliar, Centro de Rockville UFSD, 128 Shepherd Street, Rockville Centre, NY 11570.

La ley sobre educación especial se conoce como Ley de Educación de Individuos con Discapacidades (IDEA). El manual del Departamento de Educación del Estado de Nueva York sobre educación especial se publica en inglés y español y se puede encontrar en los siguientes enlaces:

English handbook: <http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/parentsguide.pdf>

Spanish handbook: <http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/SpanishParentGuide.pdf>

De acuerdo con la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación y la Ley de Americanos con Discapacidades, el Distrito de la UFSD de Rockville Centre no discrimina contra estudiantes con discapacidades. El Distrito provee acomodaciones apropiadas para los estudiantes que tienen una discapacidad mental o física que resulta en una limitación sustancial de una actividad importante de la vida. Los padres que sospechan que su hijo puede ser elegible para acomodaciones bajo la Sección 504 pueden hacer una remisión al director del edificio oa la Coordinadora del Distrito 504 Dr. Noreen Leahy, al (516) 255-8928.

Antes de referir a un estudiante que no está actualmente inscrito en el Distrito Escolar de la UFSD del Distrito de Rockville, el padre / guardián debe comunicarse con la Oficina Central de Registro al 255-8926 para concertar una cita. Los formularios y otros detalles están disponibles en el sitio web del distrito al [www.rvcschools.org](http://www.rvcschools.org) Bajo Registro Escolar.

Los padres que sospechen que su hijo menor de 3 años pueden necesitar servicios de educación especial deben comunicarse con el Programa de Intervención Temprana del Departamento de Salud del Condado de Nassau al (516) 227-8661.

Sinceramente,

*Orly Gadon*

Dr. Orly Gadon, Chairperson

# Rockville Centre Union Free School District

## Administration Building

128 Shepherd Street

Rockville Centre, New York 11570-2298

(516) 255-8957 FAX (516) 255-8810

[www.rvcschools.org](http://www.rvcschools.org)



## BOARD OF EDUCATION

TARA HACKETT ..... *President*  
SUSAN McNULTY ..... *Vice President*  
KELLY BARRY ..... *Secretary*  
LIZ DION ..... *Trustee*  
JOHN O'SHEA ..... *Trustee*

WILLIAM H. JOHNSON, Ed.D.  
*Superintendent of Schools*

Robert A. Bartels  
*Assistant Superintendent*

Christopher J. Pellettieri, Ed.D.  
*Assistant Superintendent*

Noreen Leahy, Ed.D.  
*Assistant Superintendent*

18 noviembre 2019

Queridos Padres/ Guardias de estudiantes entrando kindergarten:

Empezando el primero de julio de 2014, el Departamento de Salud del Estado de Nueva York ha hecho enmiendas a la Subparte 66-1 de la Ley 2164 de Salud Pública que están afectando los requisitos de vacunación para todos los estudiantes de kindergarten. Esto puede o no puede afectar a su hijo. Si su hijo está afectado por estos nuevos requisitos, su hijo debe recibir la vacuna adicional(es) para estar conforme antes del año escolar y evitar que su hijo sea excluido de la escuela.

Los estudiantes que entran Kindergarten ahora necesitan intervalos de tiempo específicos entre dosis de vacunas, para satisfacer la serie de vacunas para proteger suficientemente a su hijo contra enfermedades infantiles debilitantes como el tétanos, la difteria, la tos ferina, el sarampión, las paperas, la rubéola, la hepatitis B, la poliomielitis, y la varicela. Esto significa que su hijo ahora requiere un máximo de 5 dosis de tétanos, la difteria y la tos ferina, hasta 4 dosis de polio y la hepatitis B, y 2 dosis de vacunas contra la varicela.

Si su niño tiene una razón médica que no lo permite estar conforme el primer día de clases, el proveedor de atención médica de su hijo tiene que escribir una razón médica específica para el incumplimiento de su hijo debido a razones médicas, con la cantidad de tiempo para la contraindicación médica y debe ser renovada anualmente antes del primer día de clases para evitar la exclusión de la escuela.

Para evitar la exclusión de la escuela, deben presentar:

- dentro de los 14 días después de que comience el año escolar, es necesario que usted tenga prueba de citas con el médico, con licencia profesional del Estado de Nueva York, para todas las vacunas que les faltan a su hijo/hija de acuerdo con el programa de actualización de ACIP
- prueba de inmunidad mediante con las fechas de todas las vacunas recibidas con estampa, firmado y con fecha del proveedor de atención médica de su hijo con licencia del Estado de Nueva York
- prueba de inmunidad mediante con copias de pruebas laboratorio serológico (sangre)

Si los requisitos anteriores no se presentan antes del primero de septiembre de 2020, su hijo no se le permitirá entrar en el edificio de la escuela el segundo de septiembre de 2020.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con el proveedor de atención médica de su hijo o conmigo al (516) 255-8955 o envíe la documentación requerida a la enfermera de la escuela de su hijo.

Sinceramente,

*Tara M. Algerio-Vento,*

Tara M. Algerio-Vento, FNP-BC

Enfermera de Familia Facultativa

Rockville Centre Union Free School District

Approved by: Noreen Leahy, Assistant Superintendent of Special Education & Pupil Personnel Services

# **HORARIO PARA MATRICULA CENTRAL EN**

## **SOUTH SIDE HIGH SCHOOL**

**140 SHEPHERD STREET, ROOM 1413  
ROCKVILLE CENTRE, NEW YORK 11570  
Oficina del Registro: 516-255-8926**

<b><u>Escuela Elemental</u></b>	<b><u>Fecha</u></b>	<b><u>Hora</u></b>	<b><u>Primera Letra de su Apellido</u></b>
<b>Escuela COVERT</b>	<b>13 enero, 2020</b>	<b>8 am – 11:50 am 1 pm – 4 pm</b>	<b>A – L M – Z</b>
<b>Escuela WILSON</b>	<b>14 enero, 2020</b>	<b>8 am – 11:50 am 1 pm – 4 pm</b>	<b>A – L M – Z</b>
<b>Escuela WATSON</b>	<b>15 enero, 2020</b>	<b>8 am – 11:50 am 1 pm – 4 pm</b>	<b>A – L M – Z</b>
<b>Escuela HEWITT</b>	<b>16 enero, 2020</b>	<b>8 am – 11:50 am 1 pm – 4 pm</b>	<b>A – L M – Z</b>
<b>Escuela RIVERSIDE</b>	<b>17 enero, 2020</b>	<b>8 am – 12 pm</b>	<b>A – Z</b>

**NINGUNA MATRICULA ENTRE 12 – EL 1PM**

Si no gusta cual escuela elemental le toca a su estudiante, puede llamar a nuestra Oficina de Transporte para ayuda al (516) 255-8931, o busque nuestra website, [www.rvcschools.org](http://www.rvcschools.org)

Date of Registration: \_\_\_\_\_ **RVCUFSD – NEW STUDENT FORM** School Entry Date: \_\_\_\_\_

SCHOOL \_\_\_\_\_ STUDENT ID \_\_\_\_\_

STUDENT NAME: LAST \_\_\_\_\_ FIRST \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_ GENDER \_\_\_\_

DOB (mmddyy) \_\_\_\_\_ HOME PHONE ( ) \_\_\_\_\_ GRADE \_\_\_\_\_ (HS) Counselor \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_ Prior School \_\_\_\_\_

Was student ever in a NYS Public School? YES ☐ NO ☐ Does your child currently receive Special Education Services? ☐ (check if applicable) Does your child have a 504 plan? ☐ (check if applicable) Does your child receive English Language Learning Services? ☐ (check if applicable) – IF HIGH SCHOOL STUDENT-DATE ENTERED 9<sup>th</sup> Gr: \_\_\_\_\_

PARENT/Guardian NAME: \_\_\_\_\_ \*\* CODE (1-10) \_\_\_\_\_

MOTHER/Guardian NAME: \_\_\_\_\_ FATHER/Guardian NAME: \_\_\_\_\_

CELL NUMBER ( ) \_\_\_\_\_ CELL NUMBER ( ) \_\_\_\_\_

WORK NUMBER ( ) \_\_\_\_\_ WORK NUMBER ( ) \_\_\_\_\_

MOTHER'S(guardian) e-mail: \_\_\_\_\_ FATHER'S(guardian) e-mail: \_\_\_\_\_

Student resides with: ☐ Both Parents ☐ Mother Only\* ☐ Father Only\* ☐ Foster Parents\*

☐ Other\* (If not both parents, please complete the Special Circumstances Form in packet)

STEP-PARENT: \_\_\_\_\_ (If applicable). If you wish additional mailings to go to parent/guardian at alternate address, phone#. Name: \_\_\_\_\_

STUDENT'S CITY & STATE OF BIRTH \_\_\_\_\_

LANGUAGE SPOKEN AT HOME \_\_\_\_\_ Preferred language of communication from district \_\_\_\_\_

PHYSICIAN'S NAME \_\_\_\_\_ PHONE ( ) \_\_\_\_\_

EMER. CONTACT NAME \_\_\_\_\_ PHONE ( ) \_\_\_\_\_

**SIBLINGS: NAME** \_\_\_\_\_ **DATE OF BIRTH** \_\_\_\_\_ **SCHOOL ATTENDING (IF APPLICABLE)** \_\_\_\_\_


If student is not to be released to non-custodial parent, etc., please attach appropriate documentation.

STUDENT SHOULD NOT BE RELEASED TO:

**FOR OFFICE USE:**

Birth City & Country: \_\_\_\_\_

Date entered US: \_\_\_\_\_

**\*\*GUARDIAN  
CODES (where child  
lives)**

**\*\*\*ATTENDANCE ZONES**

**ETHNICITY – Form SREI**

RESIDENCY  
AFFIDAVIT \_\_\_\_\_

1. ☐ YES, Hispanic  
☐ NO, Not Hispanic

2. ☐ American Indian ☐ Black ☐ White  
☐ Asian/MidEast ☐ Pacific Islander

- 1 = Mother/Father  
2 = Mother Only  
3 = Mother/Stepfather  
4 = Father Only  
5 = Father/Stepmother  
9 = Other  
10 = Foster Parent

- |                        |        |
|------------------------|--------|
| 1 = Covert/S.Hempstead | (0006) |
| 2 = Hewitt             | (0005) |
| 3 = Riverside          | (0004) |
| 4 = Watson             | (0003) |
| 5 = Wilson             | (0008) |
| 6 = Covert/RVC         | (0006) |

## Prior Special Education Services

Student's Name: \_\_\_\_\_ D.O.B.: \_\_\_\_\_

Current Address: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_

Last School Attended: \_\_\_\_\_ District: \_\_\_\_\_

Previous School Address: \_\_\_\_\_ Previous District Phone #: \_\_\_\_\_

Last Grade Completed: \_\_\_\_\_ Teacher or Counselor's Name: \_\_\_\_\_

Did student receive any special education services? ☐ No ☐ Yes (*indicate below*):

***If you responded "YES" to the above, please complete:***

**Type of Special Education Program Attended:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Self-Contained Class   | <input type="checkbox"/> Resource Room         | <input type="checkbox"/> Consultant Service |
| <input type="checkbox"/> Integrated Special Education Class   | <input type="checkbox"/> Related Services Only |   |
| <input type="checkbox"/> Out of District Placement (specify type of program or name of school): _____ |  |   |

**Related Services Provided in Most Recent Placement:** *Check all that apply*

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Speech / Language | <input type="checkbox"/> Counseling       | <input type="checkbox"/> Occupational Therapy |
| <input type="checkbox"/> Physical Therapy  | <input type="checkbox"/> Hearing Services | <input type="checkbox"/> Vision Services      |

**Classification** (*if known*)

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unsure                | <input type="checkbox"/> Learning Disabled       | <input type="checkbox"/> Intellectual Disability | <input type="checkbox"/> Speech Impaired  |
| <input type="checkbox"/> Emotional Disturbance | <input type="checkbox"/> Other Health Impaired   | <input type="checkbox"/> Multiple Disabilities   | <input type="checkbox"/> Autism           |
| <input type="checkbox"/> Deafness              | <input type="checkbox"/> Orthopedically Impaired | <input type="checkbox"/> Hearing Impairment      | <input type="checkbox"/> Deaf – Blindness |
| <input type="checkbox"/> Visual Impairment     | <input type="checkbox"/> Traumatic Brain Injury  |  |   |

Do you have a copy of your child's most recent IEP: ☐ No ☐ Yes (*please attach a copy*)

**Release of Records / Information to the Rockville Centre School District**

I authorize the school and CSE indicated above to release academic, psychological, psychiatric, medical and all other evaluations, IEPs and records to the Rockville Centre schools. I am aware that all records will be kept confidential and access limited to school personnel who work with my child. I understand I may review all records. I also consent to having school district personnel who work with my child (principal, psychologist, social worker, regular or special education teachers, related service providers, guidance counselor and/or CSE Chairperson) speak with individuals from the school and CSE office indicated above. I am aware my consent is voluntary and can be withdrawn at any time.

\_\_\_\_\_  
**Signature of Parent / Person in Parental Relationship**

\_\_\_\_\_  
**Date**

**FOR OFFICE USE ONLY:** *Please forward copies of all evaluations and records to:*

- ☒ Committee on Special Education  
Rockville Centre School District  
128 Shepherd Street  
Rockville Centre, N.Y. 15570  
516-255-8942/8815 Fax 393-5240

☐ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***ROCKVILLE CENTRE REGISTRAR: Send a copy to the CSE Office if YES is indicated above***

*Revised 9/24/2015*





Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner  
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 ("HLQ" por sus siglas en inglés)

**Estimados padres o tutores:**

Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, 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.

**Por favor escriba con claridad al completar esta sección.**

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:**

Nombre Segundo nombre Apellido

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**GÉNERO:**

Mes Día Año

☐ Masculino

☐ Femenino

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL**

Apellido Primer Nombre Relación con el estudiante

CÓDIGO DEL  
IDIOMA DEL HOGAR

### 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	especifique
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	especifique
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	especifique
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)		especifique
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	especifique
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe hablar especifique
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe leer especifique
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe escribir especifique

### TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT  
INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

# 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. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

Sí\* No No se sabe  
☐ ☐ ☐

\* En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? ☐ Poca gravedad ☐ Algo grave ☐ Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? ☐ No ☐ Sí\* \* Por favor, llene 10b.

10b. \*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?

☐ No ☐ Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió:

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):

☐ De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) ☐ 3 a 5 años (Educación Especial) ☐ 6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)? ☐ No ☐ Si

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?

(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
 Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal  
 Relación con el estudiante: ☐ Madre ☐ 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: ☐ No ☐ Yes

\*\*DATE OF INDIVIDUAL  
INTERVIEW:

Mo. DAY YR.

OUTCOME OF  
INDIVIDUAL  
INTERVIEW:

☐ ADMINISTER NYSITELL  
☐ ENGLISH PROFICIENT  
☐ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

## NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: \_\_\_\_\_ POSITION: \_\_\_\_\_

DATE OF NYSITELL  
ADMINISTRATION:

Mo. DAY YR.

PROFICIENCY LEVEL  
ACHIEVED ON  
NYSITELL:

☐ ENTERING ☐ EMERGING ☐ TRANSITIONING ☐ EXPANDING ☐ COMMANDING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:

## CUESTIONARIO SOBRE RESIDENCIA

Nombre de LEA: \_\_\_\_\_ Distrito Escolar de Rockville Centre \_\_\_\_\_

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

Nombre del estudiante: Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: ☐ Masculino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Nro. de identificación: \_\_\_\_\_  
☐ Femenino Mes Día Año (preescolar a 12) (opcional)

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El objetivo de este cuestionario es abordar la Ley McKinney-Vento de Asistencia a Individuos sin Hogar [McKinney-Vento Homeless Assistant Improvement Act]. Sus respuestas en este cuestionario ayudarán a nuestro distrito a determinar los servicios a los que su hijo puede tener derecho a recibir.

El estudiante reside con:

- ☐ Ambos padres ☐ Solo con la madre ☐ Solo con el padre ☐ Madre/padrastro ☐ Padre/madrastra ☐ Padres de acogida [Foster Parents]  
☐ Otros (Ver a continuación la Sección Circunstancias especiales del hogar)

Indique el nombre del padrastro/madrastra: \_\_\_\_\_

1. ¿Su dirección actual es un arreglo de vivienda temporal? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No  
2. De ser así, ¿este arreglo de vivienda temporal se debe a la pérdida de la casa o a dificultades económicas? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si respondió **SÍ** complete el resto de este formulario.

Si respondió **NO**, por favor, **DETÉNGASE AQUÍ**.

\*\*\*\*\*

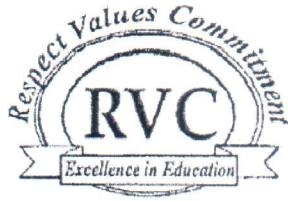
Marque lo que describe mejor dónde vive actualmente el estudiante:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En un albergue [shelter]  | <input type="checkbox"/> En un garaje alquilado debido a la pérdida de la casa   |
| <input type="checkbox"/> En un motel o un hotel  |  |
| <input type="checkbox"/> En un programa de vivienda transitoria  | <input type="checkbox"/> Temporalmente con un adulto que <u>no</u> es su padre/tutor legal, debido a la pérdida de la casa |
| <input type="checkbox"/> En un auto, remolque [trailer] o campamento   | <input type="checkbox"/> En una habitación simple en un edificio   |
| <input type="checkbox"/> En un remolque [trailer]/casa rodante [motor home] alquilado en una propiedad privada | <input type="checkbox"/> Temporalmente en la casa o apartamento de otra familia debido a la pérdida de la casa             |
| <input type="checkbox"/> Espera ubicación de acogida [foster]  | <input type="checkbox"/> NO APLICA NINGUNA DE ESTAS OPCIONES   |
| <input type="checkbox"/> Otro lugar no apto para vivienda humana   |  |

\_\_\_\_\_  
**Nombre en imprenta** del Padre, Tutor o Estudiante  
(para jóvenes sin hogar [homeless] y sin compañía)

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

\_\_\_\_\_  
**Firma** del Padre, Tutor o Estudiante  
(para jóvenes sin hogar [homeless] y sin compañía)



**Rockville Centre Union Free School District**  
**IDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y RACIAL DEL ESTUDIANTE**

Al Padre/Tutor: El Distrito Escolar de Rockville Centre ha adoptado una política que requiere la recopilación y el registro de la identidad étnica de los estudiantes en el Distrito Escolar de Rockville Centre según las categorías y definiciones federales. La información se usará para:

- Reportar información a los Departamentos de Educación Estatal y Federal.
- Planificar programas educativos y garantizar que estén disponibles de inmediato para todos los estudiantes.
- Estudiar el movimiento de los estudiantes de diferentes grupos étnicos a medida que se cambian de una escuela a otra.
- Analizar las diferencias en el desempeño académico, la asistencia y la finalización de la escuela.

Necesitamos de su ayuda para cumplir con esta tarea. Revise las definiciones Racial/Étnico en el dorso de la página. Marque (✓) en la casilla para la categoría o categorías que mejor describen a su hijo. El Distrito Escolar de Rockville Centre entiende el efecto sensible de esta información y le asegura que se mantendrá de manera segura y confidencial según las leyes y regulaciones estatales y federales de privacidad del estudiante. Si no se brinda la información solicitada en este formulario en nombre de su hijo, se requerirá que un funcionario de registro estudiantil de la escuela o distrito, identifique el grupo al cual pertenece el estudiante, con quién se identifica o si es considerado en la comunidad a la que pertenece. Gracias por su cooperación.

**PROCEDIMIENTOS Y REGULACIONES DE CONFIDENCIALIDAD**

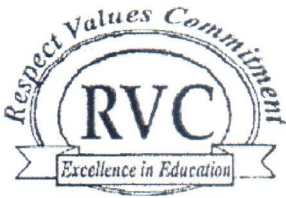
Al personal escolar: Este formulario será archivado en el registro permanente del estudiante como información confidencial.

Al Padre/Tutor: La información que ha brindado en este formulario es confidencial. Está protegida por las Regulaciones de confidencialidad citadas a continuación.

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (1974), prohíbe el acceso no autorizado a los registros de estudiantes y la divulgación no autorizada de registros de estudiantes de cualquier información identificable, ya sea por el nombre o número de identificación del estudiante.

**Por favor complete y firme el formulario  
en el dorso de esta página.**





FORM  
SREI

Rockville Centre Union Free School District  
**IDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y RACIAL DEL ESTUDIANTE**

Todos los estudiantes entre 5 y 21 años de edad tienen el derecho a una educación pública y gratuita. No se debe rechazar la admisión de los niños debido a su raza, color, credo o nacionalidad de origen, sexo, ciudadanía, discapacidad o condición de inmigrante.

Nombre de la escuela:

Nombre del estudiante: Apellido, Nombre,  
Segundo nombre:

Nro. de Identificación del Estudiante del Distrito  
Escolar (asignado por el Distrito escolar):

Nivel de grado:

Fecha de nacimiento  
(Mes/Día/Año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES PARA EL PADRE/TUTOR**

**POR FAVOR, RESPONDA A LAS PREGUNTAS (1 Y 2).** POR FAVOR REVISE TODO CUIDADOSAMENTE ANTES DE RESPONDER. (Para la pregunta (1) Marque (✓) la casilla que mejor describe a su hijo). Marque (✓) solamente UNA casilla.

**1. ¿Es el estudiante Hispano, Latino, o de origen Español?** Hispano, Latino o de origen Español significa una persona de cultura u origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Centroamericano, Sudamericano o de otra cultura Española, independientemente de su raza. (**Hispano se considera un grupo étnico, no una categoría racial**).

- ☐ Sí, es Hispano  
☐ No, no es Hispano

**2. Seleccione una o más razas de los siguientes cinco grupos raciales** (Para la pregunta (2) Marque (✓) todos los grupos que aplican a su hijo; marque (✓) al menos UNA casilla):

- ☐ **ABORIGEN DE AMÉRICA DEL NORTE O NATIVO DE ALASKA:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y América del Sur (incluye a América Central) y que mantiene afiliación tribal o vínculos con la comunidad.
- ☐ **ASIÁTICO:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, Sudeste asiático o el Subcontinente indio, incluyendo por ejemplo Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- ☐ **NATIVO DE HAWÁI O DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
- ☐ **NEGRO:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
- ☐ **BLANCO:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, África del Norte u Oriente Medio.

Firma del Padre/Tutor/Otro

Fecha

Relación con el estudiante (marque una casilla a continuación):

☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Otro (especificar): \_\_\_\_\_

*Lea al anverso el mensaje importante para padres/tutores y las Regulaciones y Procedimientos de Confidencialidad*

**JURAMENTO DEL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL**

Yo, \_\_\_\_\_ Declaro que soy padre/tutor de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ y que he completado la solicitud de inscripción de mi  
hijo y que conozco el contenido de la misma; declaro que el contenido es verdadero a mi  
saber y que el Distrito Escolar de Rockville Centre contará con ellas para determinar si  
admitirá a mi hijo a su sistema escolar.

Firm del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES DEL HOGAR**  
**(COMPLETE SOLAMENTE SI USTED ES PADRE SOLTERO, TUTOR LEGAL,**  
**PADRE DE ACOGIDA [FOSTER PARENT] O UNA AGENCIA)**

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_ **ESCUELA:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

Si es separado o divorciado, el otro padre tendrá el derecho de visitar al estudiante en la escuela y tendrá acceso al registro escolar del estudiante, a menos que tengamos un documento legal que indique lo contrario. Por favor, indique cualquier restricción en el área a continuación y brinde una copia del documento legal, de ser necesario.

Custodia legal del niño es con \_\_\_\_\_ ¿Existe acuerdo de custodia compartida? \_\_\_\_\_

Enumere cualquier restricción que tiene el otro padre en relación al niño \_\_\_\_\_

Enumere el tipo y fecha del documento legal provisto \_\_\_\_\_

**Si es Tutor, complete lo siguiente:**

Nombre de los padres biológicos del niño \_\_\_\_\_

Dirección o localización de los padres biológicos \_\_\_\_\_

Documento oficial que indica custodia, restricciones, etc., si las hubiere \_\_\_\_\_

**Si usted es Padre de acogida [Foster Parent] o Agencia de acogida [Foster Care Agency], debe completar lo siguiente o el registro quedará suspendido hasta que complete la información que falte. Además, se requieren un formulario DSS-2999 y una carta de verificación de la información a continuación o el registro quedará suspendido.**

Nombre del padre(a) de acogida [Foster Parent(a)] \_\_\_\_\_

Nombre de la agencia \_\_\_\_\_ Número de Código de la agencia \_\_\_\_\_

Dirección de la agencia \_\_\_\_\_ Tipo de agencia \_\_\_\_\_

Trabajador social [Case Worker y/o Social Worker] \_\_\_\_\_ Nro. de teléfono \_\_\_\_\_

Nro. Caso DSS \_\_\_\_\_ Nro. CIN \_\_\_\_\_ Nro. CB \_\_\_\_\_

Fecha en la que el niño fue llevado a la ubicación actual \_\_\_\_\_ Fecha en la ubicación anterior \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE DIRECCIONES ANTERIORES**

<u>Fechas desde/hasta</u> <u>(la más reciente primero)</u>	<u>Dirección</u>	<u>Ubicación:</u> <u>País/Ciudad/Estado/Código postal</u>

**INFORMACIÓN SOBRE ESCUELAS ANTERIORES**

<u>Escuelas a las que asistió</u>	<u>Fechas desde/hasta</u> <u>(la más reciente primero)</u>	<u>Ubicación:</u> <u>Ciudad/Estado/País</u>	<u>Programas especiales</u> <u>(E.L.L., Educación especial, etc.)</u>

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_





NOTICIA  
ASIGNACIÓN DE ESTUDIANTES A ESCUELAS PRIMARIAS

La Junta de Educación de las escuelas de Rockville Centre es responsable de determinar las áreas de asistencia escolar del distrito, y de la asignación de las escuelas primarias depende de la residencia del niño. La Junta de Educación reconoce que pueden ocurrir circunstancias individuales que dictan la exención de tales límites. Los niños que ingresan al distrito escolar por primera vez serán asignados a la escuela zonal de su hogar según su residencia. Sin embargo, los padres pueden solicitar que su hijo asista una escuela fuera de la escuela zonal de origen en determinadas circunstancias. Tales circunstancias pueden incluir, pero no se limitan a, la educación individual, razones socioemocionales y/o razones personales.

Si un padre o guardián desea solicitar una exención de zonificación, complete el formulario de solicitud de zonificación adjunto y reenvíelo a:

William H. Johnson, Ed.D.  
Superintendent of Schools  
Rockville Centre UFSD  
128 Shepherd Street  
Rockville Centre, New York 11570





## FORMULARIO DE SOLICITUD DE ZONIFICACIÓN

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

Para: William H. Johnson, Ed.D., Superintendente  
Escuelas de Rockville Centre  
128 Shepherd Street  
Rockville Centre, New York 11570

La exención de zonificación se solicita de la siguiente manera:

Nombre del estudiante	Grado actual	Escuela actual asignada	Escuela solicitada

Razones para la solicitud de extensión de zonificación:

---

---

---

---

---

---

Nombre del padre o guardián: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Envíe este formulario a: William H. Johnson, Ed.D, Superintendente

**ROCKVILLE CENTRE PUBLIC SCHOOLS, ROCKVILLE CENTRE, NY 11570**  
**IMMUNIZATION CERTIFICATE**

**SCHOOL** \_\_\_\_\_ **GRADE** \_\_\_\_\_

**NAME** \_\_\_\_\_ **D.O.B.** \_\_\_\_\_

This card must be completed before your child will be admitted to school in accordance with the amendments to the Public Health Law, Article 21, Section 2164. This section requires proof of immunization for Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Measles, Mumps, Rubella, Hepatitis B, and Varicella. **Grades 7 and 12 proof of immunization for Meningitis.**

DTaP, DTP.....#1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ #3 \_\_\_\_\_ #4 \_\_\_\_\_ #5 \_\_\_\_\_

Tdap Booster.....

IPV ... .....#1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ #3 \_\_\_\_\_ #4 \_\_\_\_\_

Live Measles, Mumps and Rubella.....#1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ OR \_\_\_\_\_

Live Measles .....#1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_

Live Mumps.....#1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_

Live Rubella.....#1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_

Hepatitis B.....#1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ #3 \_\_\_\_\_

Meningococcal Vaccine...#1 \_\_\_\_\_ ☐ Polysaccharide ☐ Conjugate #2 \_\_\_\_\_ ☐ Polysaccharide ☐ Conjugate

Varicella.....#1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ or Varicella Disease \_\_\_\_\_

Mantoux Date: \_\_\_\_\_ Results: \_\_\_\_\_ mm induration Mantoux

Date: \_\_\_\_\_ Results: \_\_\_\_\_ mm induration

Other: \_\_\_\_\_

**Signature of Healthcare Provider:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Address of Healthcare Provider:** \_\_\_\_\_

**Telephone Number of Healthcare Provider:** \_\_\_\_\_ **STAMP HERE:**

**DISTRITO LIBRE ESCOLAR DE ROCKVILLE CENTRE**  
**CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

Grado \_\_\_\_\_

Birth Date \_\_\_\_\_

Estudiante.....  
Apellido Primer Nombre Inicial

I. Nombre.....  
(Madre o Guardián) Dirección de casa Teléfono

Dirección de negocio

Teléfono

Si no tienen teléfono, otro número que se puede llamar - Cell Phone, Beeper, etc. ....

II. Nombre: .....  
(Padre o Guardián) Dirección de casa Teléfono

Dirección de negocio

Teléfono

Si no tienen teléfono, otro número que se puede llamar - Cell Phone, Beeper, etc. ....

III. Si la escuela no puede contactar a cualquiera de los dos, el nombre de un pariente o amigo residente en el Distrito Escolar que se puede llamar en caso de enfermedad y si necesario llevar el estudiante a su casa.

Nombre.....Dirección.....Teléfono.....

IV. Nombre de doctor de familia.....Dirección.....Teléfono.....  
Nombre de doctor local, adicional de doctor de familia, que usted autoriza a llamar en caso de emergencia

Nombre.....Dirección.....Teléfono.....

V. Si alguna vez durante el año esta información cambia, le dará noticia escrita al principal.

Signature de Padre o Guardián..... Fecha .....

**Rockville Centre Union Free School District**  
**Rockville Centre, New York 11570**

**New Entrant Health Form**

**Grade Level**\_\_\_\_\_

Child's Name:\_\_\_\_\_ Date of Birth:\_\_\_\_\_ Sex:\_\_\_\_\_

Father's Name:\_\_\_\_\_ Mother's Name:\_\_\_\_\_

Address:\_\_\_\_\_ Telephone #:\_\_\_\_\_

Name of Family Physician:\_\_\_\_\_ Telephone #:\_\_\_\_\_

**Has the student had any of the following? If so, please state year.**  
**TO BE COMPLETED BY PARENT OR PERSON IN PARENTAL RELATION**  
**Return to health office whether or not your child was examined.**

Disease	Year	Disease	Year	Disease	Year
Chicken Pox		Pneumonia		Ear Infections	
German Measles (Rubella)		Tuberculosis		Seizure Disorder	
Measles		Asthma		Heart Disease	
Mumps		Allergy to medication		Rheumatic Fever	
Scarlet Fever		Allergy to food		Hepatitis	
Whooping cough		Diabetes		Injury to head	
High fever		Meningitis		Other (describe)	

**Please describe any OPERATIONS your child has had:**\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Please describe any serious INJURIES your child has had:**\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Is it necessary for your child to take medications while in school?** YES\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

**If yes, please explain:**\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Has your child ever had an eye examination?** Yes\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ **If yes, date:**\_\_\_\_\_

**Has your child ever seen a dentist?** Yes\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ **If yes, date:**\_\_\_\_\_

**Does your child wear any dental appliances?** Yes\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

**If yes, please explain:**\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Date:**\_\_\_\_\_ **Parent/Person in Parental Relation Signature:**\_\_\_\_\_

# REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM

**TO BE COMPLETED IN ENTIRETY BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR**

**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

<b>Allergies</b> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Food <input type="checkbox"/> Insects <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Medication	<input type="checkbox"/> Environmental
<b>Asthma</b> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other : _____	
<b>Seizures</b> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Type: _____	Date of last seizure: _____
<b>Diabetes</b> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached
<input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/> HbA1c results: _____	Date Drawn: _____
<b>Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes:</b> <i>Consider screening for T2DM if BMI% &gt; 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother; and/or pre-diabetes.</i>		
BMI _____ kg/m2 <b>Percentile (Weight Status Category):</b> <input type="checkbox"/> <5 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 5 <sup>th</sup> -49 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 50 <sup>th</sup> -84 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 85 <sup>th</sup> -94 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 95 <sup>th</sup> -98 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 99 <sup>th</sup> and >		
<b>Hyperlipidemia:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>Hypertension:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		

## PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
<b>TESTS</b>	<b>Positive</b>	<b>Negative</b>	<b>Date</b>	<b>Other Pertinent Medical Concerns</b>
PPD/ PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		One Functioning: <input type="checkbox"/> Eye <input type="checkbox"/> Kidney <input type="checkbox"/> Testicle
Sickle Cell Screen/PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Concussion – Last Occurrence: _____
<b>Lead Level Required Grades Pre- K &amp; K</b>			<b>Date</b>	<input type="checkbox"/> Mental Health: _____
<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated $\geq 10$ $\mu\text{g/dL}$				<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> <b>System Review and Exam Entirely Normal</b>				
<b>Check Any Assessment Boxes <u>Outside</u> Normal Limits And Note Below Under Abnormalities</b>				
<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:			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Diagnoses/Problems (list)</div> <div>ICD-10 Code</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>_____</div> <div>_____</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>_____</div> <div>_____</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>_____</div> <div>_____</div> </div>	
<input type="checkbox"/> Additional Information Attached				

Name:			DOB:	
<b>SCREENINGS</b>				
<b>Vision</b>	<b>Right</b>	<b>Left</b>	<b>Referral</b>	<b>Notes</b>
Distance Acuity	20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Distance Acuity With Lenses	20/	20/		
Vision – Near Vision	20/	20/		
Vision – Color <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				
<b>Hearing</b>	<b>Right dB</b>	<b>Left dB</b>	<b>Referral</b>	
Pure Tone Screening			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<b>Scoliosis</b> Required for boys grade 9	<b>Negative</b>	<b>Positive</b>	<b>Referral</b>	
And girls grades 5 & 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Deviation Degree:	Trunk Rotation Angle:			
<b>Recommendations:</b>				
<b>RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Full Activity</b> without restrictions including Physical Education and Athletics.				
<input type="checkbox"/> <b>Restrictions/Adaptations</b> Use the Interscholastic Sports Categories (below) for Restrictions or modifications				
<input type="checkbox"/> <b>No Contact Sports</b> <b>Includes:</b> baseball, basketball, competitive cheerleading, field hockey, football, ice hockey, lacrosse, soccer, softball, volleyball, and wrestling				
<input type="checkbox"/> <b>No Non-Contact Sports</b> <b>Includes:</b> archery, badminton, bowling, cross-country, fencing, golf, gymnastics, rifle, Skiing, swimming and diving, tennis, and track & field				
<input type="checkbox"/> <b>Other Restrictions:</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Developmental Stage for Athletic Placement Process ONLY</b> Grades 7 & 8 to play at high school level <b>OR</b> Grades 9-12 to play middle school level sports Student is at <b>Tanner Stage:</b> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V				
<input type="checkbox"/> <b>Accommodations:</b> Use additional space below to explain				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><input type="checkbox"/> Brace*/Orthotic</div> <div><input type="checkbox"/> Colostomy Appliance*</div> <div><input type="checkbox"/> Hearing Aids</div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><input type="checkbox"/> Insulin Pump/Insulin Sensor*</div> <div><input type="checkbox"/> Medical/Prosthetic Device*</div> <div><input type="checkbox"/> Pacemaker/Defibrillator*</div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><input type="checkbox"/> Protective Equipment</div> <div><input type="checkbox"/> Sport Safety Goggles</div> <div><input type="checkbox"/> Other:</div> </div>				
*Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.				
Explain: _____				
<b>MEDICATIONS</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Order Form for Medication(s) Needed at School attached</b>				
List medications taken at home:				
<b>IMMUNIZATIONS</b>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><input type="checkbox"/> Record Attached</div> <div><input type="checkbox"/> Reported in NYSIS</div> <div>Received Today: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</div> </div>				
<b>HEALTH CARE PROVIDER</b>				
Medical Provider Signature:			<b>Date:</b>	
Provider Name: <i>(please print)</i>			Stamp:	
Provider Address:				
Phone:				
Fax:				
<b>Please Return This Form To Your Child's School When Entirely Completed.</b>				

**ROCKVILLE CENTRE UNION FREE SCHOOL DISTRICT**

**SCHOOL ENTRANT APPRAISAL FORM**

**HEALTH – HOME FAMILY DATA**

Today's Date: \_\_\_\_\_

Student's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Place of Birth: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telephone Number: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_

Father's Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Father's Address (if different from above): \_\_\_\_\_

Check One: Natural: \_\_\_\_\_ Foster Parent: \_\_\_\_\_ Guardian: \_\_\_\_\_ Adopted: \_\_\_\_\_

Father's Place of Birth (Country): \_\_\_\_\_ Education: \_\_\_\_\_

Mother's Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Mother's Address (if different from above): \_\_\_\_\_

Check One: Natural: \_\_\_\_\_ Foster Parent: \_\_\_\_\_ Guardian: \_\_\_\_\_ Adopted: \_\_\_\_\_

Mother's Place of Birth (Country): \_\_\_\_\_ Education: \_\_\_\_\_

Do both parents live in the home? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Divorced \_\_\_\_\_ Separated \_\_\_\_\_

Did this child attend a nursery or preschool? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ If so, where? \_\_\_\_\_

Did this child repeat any grade level: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ If yes, what grade was repeated? \_\_\_\_\_

Language(s) spoken in the home (other than English): \_\_\_\_\_

Other Children Living at Home:

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

## HEALTH HISTORY

Student's Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

### PRENATAL HISTORY (Mother)

While pregnant with this child, were you under a doctor's care?

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

During this pregnancy, did you have:	YES	NO	WHEN	DESCRIBE
Anemia				
Elevated Blood Pressure				
Toxemia				
Swollen Ankles				
Kidney Disease				
Heart Disease				
Diabetes				
Bleeding				
Measles				
German Measles				
Flu				
Other Viruses				
Other Illnesses				
Vomiting				
Injury				
Medication During Pregnancy				
Emotional Problems				
Threatened Miscarriage Or Early Contractions				

### BIRTH

Was the delivery unusual in any way? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ If yes, please explain \_\_\_\_\_

---

---

### NEONATAL HISTORY

	YES	NO	DON'T KNOW
Is this baby a twin?			
If a twin, was this baby born first?			
Did the baby have breathing problems?			
Did the baby have the cord around its neck?			
Did the baby cry quickly?			
Was the baby's color normal?			



NEONATAL HISTORY (continued)	YES	NO	DON'T KNOW
If this baby's color wasn't normal, was the baby's color blue?			
If oxygen was used, how long?			
Was the baby premature?			
If the baby was premature, how much?			
What did the baby weigh?			
During the hospital stay, did your baby have Yellow Jaundice?*			
Rash?*			
Convulsions?*			
Excessive crying?*			
*If yes to above, please describe.			
Did you take the baby home with you from the hospital? If answer is no, how long after you did the baby come home?			
Did you have any problems with feeding?			
If there were problems with feeding, please describe.			
Was the baby normally active?			
If the baby wasn't normally active, please describe.			

### DEVELOPMENTAL HISTORY

	YES	NO	DON'T KNOW
Does your child have problems with eating?			
Does he/she have problems with sleeping?			
Can he/she use a spoon and fork to eat without spilling a lot?			
Can your child wash and dry his/her own hands?			
Can he/she dress himself/herself?			
Can he/she do buttons?			
Can he/she be left alone with a babysitter without a big fuss?			
Does your child play successfully with puzzles, blocks and other toys without help?			
Can he/she hold a pencil properly?			
Can he/she write and draw rather than scribble?			
Does he/she prefer right hand?			
Does he/she prefer left hand?			
Does child prefer both hands?			
Can your child ride a tricycle?			
Can he/she throw and catch a ball?			

DEVELOPMENTAL HISTORY (continued)	YES	NO	DON'T KNOW
Does your child have many accidents?			
Does your child drop things more often than other children who are the same age?			
Does your child trip easily?			
Does your child run into things?			
Does your child have any trouble climbing stairs?			
Is your child highly active?			
Is your child very quiet?			
Is your child generally a happy child?			
Does your child cry easily?			
Does your child have temper tantrums?			
Does your child hold his/her breath?			
Does your child usually follow directions?			
Does he/she have a short attention span?			
Is your child able to say most sounds correctly?			
Is your child understandable to a stranger?			
Is he/she afraid to speak?			
Did your child speak later than other children you know?			
Does your child often repeat sounds or words (stutter or stammer)?			
Has your child received or is receiving speech/language therapy? If so, where? _____ If yes, how often? _____			
Does your child omit words or mix up the word order of a sentence? Example: I see boy. I want go to home.			

### **HEARING AND VISION**

	YES	NO
Has your child ever had trouble seeing?		
Have your child's eyes ever looked crossed?		
Has your child had frequent ear infections?		
Does your child turn on the television at a very high volume?		
Does your child say, "What, what?" all the time?		
Does he/she sit very closely to the television screen?		
Does your child bend over and look very closely at pictures or drawings?		
Has your child had any screening procedures or evaluations? If yes, please give dates: _____ And results: _____		

**Please write any additional information you wish to mention regarding your child:**

# Dental Health Certificate- Optional

## ROCKVILLE CENTRE UNION FREE SCHOOL DISTRICT

Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request a dental examination in the following grades: school entry, K, 2, 4, 7, & 10. Your child may have a dental check-up during this school year to assess his/her fitness to attend school. Please complete Section 1 and take the form to your dentist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started the school, ask your dentist to fill out Section 2. Return the completed form to the school's medical director or school nurse as soon as possible.

### Section 1. To be completed by Parent or Guardian (Please Print)

Child's Name:	Last	First	Middle
Birth Date:	/ /	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Will this be your child's first visit to a dentist? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Month	Day	Year
School:	Name	Grade	

Have you noticed any problem in the mouth that interferes with your child's ability to chew, speak or focus on school activities? ☐ Yes ☐ No

I understand that by signing this form I am consenting for the child named above to receive a basic oral health assessment. I understand this assessment is only a limited means of evaluation to assess the student's dental health, and I would need to secure the services of a dentist in order for my child to receive a complete dental examination with x-rays if necessary to maintain good oral health.

I also understand that receiving this preliminary oral health assessment does not establish any new, ongoing or continuing doctor-patient relationship. Further, I will not hold the dentist or those performing this assessment responsible for the consequences or results should I choose NOT to follow the recommendations listed below.

Parent's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Section 2. To be completed by the Dentist

I. The Dental Health condition of \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ (date of exam) The date of the exam needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is requested. Check one:

☐ Yes, The student listed above is in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

☐ No, The student listed above is not in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

NOTE: Not in fit condition of dental health means that a condition exists that interferes with a student's ability to chew, speak or focus on school activities including pain, swelling or infection related to clinical evidence of open cavities. The designation of not in fit condition of dental health to permit attendance at the public school does not preclude the student from attending school.

Dentist's name and address (please print or stamp)

Dentist's Signature

Optional Sections - If you agree to release this information to your child's school, please initial here.

--

### II. Oral Health Status (check all that apply).

☐ Yes ☐ No **Caries Experience/Restoration History** – Has the child ever had a cavity (treated or untreated)? [A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR an open cavity].

☐ Yes ☐ No **Untreated Caries** – Does this child have an open cavity? [At least ½ mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pits and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present].

☐ Yes ☐ No **Dental Sealants Present**

Other problems (Specify): \_\_\_\_\_

### III. Treatment Needs (check all that apply)

☐ No obvious problem. Routine dental care is recommended. Visit your dentist regularly.

☐ May need dental care. Please schedule an appointment with your dentist as soon as possible for an evaluation.

☐ Immediate dental care is required. Please schedule an appointment immediately with your dentist to avoid problems.

**SI USTED VIVE EN UNA RESIDENCIA, Y EL NOMBRE DE ALGUIEN MÁS ESTÁ EN EL TÍTULO DE PROPIEDAD O CONTRAT DE ARRENDAMIENTO, EL ARRENDADOR O PROPIETARIO DEBE COMPLETAR ESTE FORMULARIO.**

**AFIDAVIT DE RESIDENCIA**  
**DISTRITO ESCOLAR UNIDO LIBRE DE ROCKVILLE CENTRE**

ESTADO DE NUEVA YORK )  
 )  
CONDADO DE NASSAU ) ss.:

\_\_\_\_\_, jura bajo penalida de perjurio, que cada una de las siguientes declaraciones es verdadera:

1. Yo soy el (dueño) (manager) (inquilino) de una (casa) (de dos familias) localizada en \_\_\_\_\_.

2. La residencia anotada en la declaración no. 1 es una residencia de (una familia) (dos familias) (multiple familias).

3. Yo (resido) (no resido) en las residencia anotada en la declaración no. 1.

4. Las personas siguientes residen en la residencia anotada en la declaración no. 1.

**Relacion al Dueno**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

5. ME DOY CUENTA QUE AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO EL DISTRITO DE ROCKVILLE CENTRE SE RESERVA EL DERECHO DE INVESTIGAR MI DOMICILIO. SI DE DETERMINA QUE LA(S) PERSONA(S) NOMBRADAS EN ESTE DOCUMENTO NO VIVEN EN EL DISTRITO ESCOLAR DE ROCKVILLE CENTRE, ENTONCES YO SERE RESPONSIBLE POR PAGAR LA MATRICULA ANUAL. COMPRENDO QUE ESTA MATRICULA COSTARA DE \$15,000 - \$50,000 DEPENDIENDO EN LOS SERVICIOS QUE SE PROVEAN.

6. Las declaraciones anteriores, hechas por mi, son verdaderas, y yo se que el perjurio es un Delito de Menor Cuantia Clase A. que puede ser penalizado por un maximo de seis meses en carcel o una multa al maximo de \$1,000.

\_\_\_\_\_  
Firma (dueño) (manager) (inquilino)

Jurado ante mi este  
Dia de \_\_\_\_\_, 2

\_\_\_\_\_  
Notario Publico

**ADVISOR**

**CODIGO PENAL S210.05:** Una persona es culpable de perjurio de tercer grado cuando jura falsamente. Perjurio de tercer grado es un Delito de Menor Cuantia Clase A. Un Delito de Menor Cuantia de Clase A puede ser penalizado por un maximo de seis meses en carcel o una multa al maximo de \$1,000. Todas las convicciones de un Delito de Menor Cuantia llevan un sobrecargo adicional de \$60, ademas de cualquiera otra penalidad o multa que sea impuesta.