



ROCKY POINT UNION FREE SCHOOL DISTRICT

90 Rocky Point – Yaphank Road
Rocky Point, New York 11778

Dr. Scott O'Brien

Superintendent of Schools

Susan Randazzo

Executive Director for Pupil Personnel Services

MATRICULAR NUEVOS/NUEVAS ESTUDIANTES

Bienvenido al distrito escolar gratuito Rocky Point Union

La siguiente información ayudará a que el proceso de inscripción escolar sea eficiente. Los estudiantes que se reinscriban deben seguir las mismas instrucciones.

Deberá completar un paquete de registro (uno por niño) antes de su cita.

**Para programar una cita o si tiene alguna pregunta llame- Jennifer Agresto at 631-849-7244
o correo electrónico: jenniferagresto@rockypoint.k12.ny.us**

Horario de oficina de registro:

Septiembre a Junio

Lunes - Viernes

7:30 AM - 12:00 PM

2:45 PM - 3:45 PM

Julio y Agosto

Lunes - Jueves

8:00 AM - 2:00 PM

Documentos requeridos al momento de la inscripción, tráigalos con usted el día de su cita programada.:

- Formulario de inscripción de estudiantes
- Cuestionario de residencia
- Formulario de datos educativos
- Formulario de contacto de emergencia
- Formulario de divulgación de custodia
- Autorización para divulgar registros estudiantiles
- Formulario de historial médico
- [Cuestionario sobre el idioma del hogar](#) (consulte el sitio web de registro central para obtener el formulario)
- [Autorización para usar computadoras y formulario de autorización de fotografías](#)
- Acta de Nacimiento (original u otro documento oficial alternativo que proporcione la fecha de nacimiento del niño)
- Registro de vacunación actualizado (si está disponible) / Formulario de información de registro de vacunación
 - Si no presenta la documentación al momento de la inscripción, su hijo podrá comenzar la escuela sin ella; sin embargo, tiene 14 días para presentar la documentación a la enfermera de la escuela o su hijo será excluido de la escuela.
- Formulario de examen de salud escolar requerido por el estado de Nueva York (el examen debe haberse realizado no más de 12 meses antes del primer día de clases)
- Identificación con fotografía del padre/tutor que registra al estudiante

Prueba de residencia: las siguientes son formas de probar la residencia:

Proporcione <u>uno</u> de los siguientes elementos:	<u>Y</u>	Proporcione <u>dos</u> de los siguientes artículos (debe mostrar la dirección):	
<input type="checkbox"/> Alquilar (Lease)		<input type="checkbox"/> Talón de pago (Pay stub)	<input type="checkbox"/> Recibo de la luz (Electric bill)
<input type="checkbox"/> Escritura (Deed)		<input type="checkbox"/> Registro de votantes (Voter Registration)	<input type="checkbox"/> Factura de agua (Water bill)
<input type="checkbox"/> Estado hipotecario (Mortgage Statement)		<input type="checkbox"/> Licencia de conducir/Tarjeta de identificación de no conductor (Driver's License/Non-Driver ID Card)	<input type="checkbox"/> Factura de cable (Cable bill)
<input type="checkbox"/> Declaración Jurada de Ocupación del Propietario (si es aplicable) (Landlord's Affidavit of Occupancy)		<input type="checkbox"/> Extracto de cuenta (Bank Statement)	<input type="checkbox"/> Factura del gas (Gas bill)
<input type="checkbox"/> Otras declaraciones juradas o documentos (si es aplicable) (Other Affidavits or documents)		<input type="checkbox"/> Seguro/Registro de Auto (Car Insurance/Registration)	<input type="checkbox"/> Otro documento oficial (Other official document)

Usted (el padre o tutor) debe demostrar que el joven vive con usted y que tiene la custodia total y permanente. Para hacer esto, puede mostrarle al distrito escolar:

Si usted es el padre biológico del niño: su identificación con fotografía y el certificado de nacimiento del niño.

o

Prueba de custodia o tutela

Documentos judiciales e identificación con fotografía

Declaración jurada que describe cómo se obtuvo la custodia y el control total y permanente.

o

Otra prueba, como documentación de que una agencia ha colocado al niño con usted, como el formulario DSS-2999 para padres de crianza y su identificación con fotografía.

El estudiante vive con alguien que no es el padre con custodia, se deben proporcionar los documentos de tutela legal.

CUSTODIA (si aplica) _____ (Documentos legales requeridos)

Si el estudiante está en un hogar de crianza, indique el nombre del trabajador social y la agencia involucrada y proporcione la

DSS-2999: _____

Opcional pero no requerido / requerida:

Boleta de calificaciones de la escuela anterior

Transcripción

Plan IEP/504, si corresponde

Aviso de derechos de los padres/tutores relacionados con los servicios de educación especial

Visite [Educación especial en el estado de Nueva York para niños de 3 a 21 años: una guía para padres](#) para obtener más información sobre sus derechos con respecto a la posible derivación y evaluación de su hijo con fines de educación especial. Si tiene alguna pregunta sobre la guía o los servicios de educación especial, comuníquese con:

Información de contacto para educación especial K-12: Sra. Randazzo, directora ejecutiva de servicios de personal estudiantil, 631-849-7508

Información de contacto para educación especial preescolar de 3 a 4 años: Sra. O'Connor, asistente de oficina principal 631-849-7560

**Esta página se deja intencionalmente en blanco para
impresión espalda con espalda**



ROCKY POINT UNION FREE SCHOOL DISTRICT

90 Rocky Point – Yaphank Road
Rocky Point, New York 11778

Registration Date: _____

Enrollment Date: _____

Grade Registering: _____

ID#: _____

Formulario de inscripción de estudiantes (por favor imprima toda la información)

Apellido del estudiante (last name)	Nombre del estudiante (first name)	Nombre preferido del estudiante (preferred name)	Segundo nombre del estudiante (middle)
Género de nacimiento: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Género identificado: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> X	Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____
Etnia: ¿El estudiante es hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pronombres preferidos: <input type="checkbox"/> Él (he/him) <input type="checkbox"/> Ella (she/her) <input type="checkbox"/> Ellos (they/them)	Lugar de nacimiento: _____	Prueba de nacimiento: <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro
¿Ha asistido el/la estudiante a Rocky Point UFSD en el pasado?		<input type="checkbox"/> Sí ¿Si sí, cuándo? _____	<input type="checkbox"/> No
Ei/La estudiante reside en:			
_____	_____	_____	_____
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Mailing Address (if different):			
_____	_____	_____	_____
Apartado postal	Ciudad	Estado	Código postal

Información de padres/tutores

Nombre de pila (First Name) _____ Apellido (Last Name) _____

Relación: Padre Madre Custodio Alentar

¿Reside en el hogar? Sí No

() () ()

Nombre de pila (First Name) _____ Apellido (Last Name) _____

Relación:: Padre Madre Custodio Alentar

¿Reside en el hogar? Sí No

() () ()

Teléfono de casa Teléfono del trabajo Teléfono móvil

Prioridad 1 Prioridad 1 Prioridad 1

Prioridad 2 Prioridad 2 Prioridad 2

Prioridad 3 Prioridad 3 Prioridad 3

Teléfono de casa Teléfono del trabajo Teléfono móvil

Prioridad 1 Prioridad 1 Prioridad 1

Prioridad 2 Prioridad 2 Prioridad 2

Prioridad 3 Prioridad 3 Prioridad 3

Calle _____ Ciudad, Estado, Código postal _____

Correo electrónico: _____

¿Padre de la custodia? Sí No

¿Correspondencia? Sí No

¿Servicio militar activo? Sí No

Nivel de Educación: Menos de secundaria Escuela secundaria

Título universitario Título post universitario

¿Es usted un trabajador migrante? Sí No

Calle _____ Ciudad, Estado, Código postal _____

Correo electrónico: _____

¿Padre de la custodia? Sí No

¿Correspondencia? Sí No

¿Servicio militar activo? Sí No

Nivel de Educación: Menos de secundaria Escuela secundaria

Título universitario Título post universitario

¿Es usted un trabajador migrante? Sí No

Por favor enumere otros miembros del hogar(Ejemplo: hermanos)					
(Incluya a los hermanos menores incluso si no están matriculados en la escuela.)					
1. Nombre:		Fecha de nacimiento:		Asistencia a la escuela y grado:	
2. Nombre		Fecha de nacimiento:		Asistencia a la escuela y grado:	
3. Nombre		Fecha de nacimiento:		Asistencia a la escuela y grado:	

**Esta página se deja
intencionalmente en blanco para
impresión espalda con espalda**



ROCKY POINT UNION FREE SCHOOL DISTRICT

90 Rocky Point – Yaphank Road
Rocky Point, New York 11778

Cuestionario de Residencia

Información del estudiante

Nombre del estudiante: _____ Sexo: Hombre Mujer

Fecha de nacimiento: _____

Grado escolar: _____ Año escolar: _____

Calle Ciudad, Estado, Código postal Número de teléfono

¿Este(a) estudiante tiene hermanos? Sí No

En caso afirmativo, indique: _____

Información del contacto

Persona que completa el cuestionario: _____

Relación con el(la) estudiante: _____

Número de contacto: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Este cuestionario tiene como objetivo abordar la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C.11435. Las respuestas a esta información de residencia ayudan a determinar los servicios para los que el estudiante puede ser elegible.

¿Su dirección actual es un arreglo de vivienda temporal? Sí No

¿Este arreglo de vivienda temporal se debe a la pérdida de vivienda o a dificultades económicas? Sí No

Si respondió SÍ a las preguntas anteriores, complete el resto de este formulario.

Si respondió NO, puede detenerse aquí.

¿Dónde vive actualmente el estudiante? (Por favor marque una casilla)

- En un motel/hotel
- En un refugio: refugio de emergencia o de transición
- Moverse de un lugar a otro/surfear en el sofá
- Temporalmente con más de una familia en una casa o departamento
- Un coche, parque, camping o lugar similar
- En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)
- Jóvenes no acompañados

**Esta página se deja
intencionalmente en blanco para
impresión espalda con espalda**



ROCKY POINT UNION FREE SCHOOL DISTRICT

90 Rocky Point – Yaphank Road
Rocky Point, New York 11778

FORMULARIO DE DATOS EDUCATIVOS

Apellido: _____ Nombre de pila: _____ ID #: _____

Escuelas a las que asistió anteriormente

Nombre de Escuela	Dirección de Escuela	Fecha de Registro	fecha de salida de la escuela	Razón

Si es mayor de noveno grado, ¿en qué fecha ingresó por primera vez al noveno grado?: _____

¿Su hijo ha sido retenido antes en la escuela? Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué nivel de grado? _____ ¿Qué distrito? _____

¿Ha recibido su hijo alguna vez servicios de apoyo? Sí No

En caso afirmativo, marque los programas que mejor describen el tipo de servicios que recibió su hijo..

- Lectura de recuperación
- Matemáticas de recuperación
- Servicios de educación especial (IEP)
- 504 Plan
- Otro: describa: _____

Proporcione cualquier información adicional que pueda ayudar al Distrito a realizar la ubicación educativa adecuada para su hijo:

Firma del Padres / Custodio

Fecha

**Esta página se deja
intencionalmente en blanco para
impresión espalda con espalda**



ROCKY POINT UNION FREE SCHOOL DISTRICT

90 Rocky Point – Yaphank Road
Rocky Point, New York 11778

Información de Contacto en caso de Emergencia

Enumere tres contactos de emergencia (**NO PADRE/TUTOR**). Los contactos de emergencia pueden ser vecinos, familiares, etc., quienes serán responsables en caso de una emergencia si no se puede localizar a uno de los padres. De acuerdo con la Ley #3210 del Estado de Nueva York, su hijo solo puede ser entregado a estos contactos.

Contacto #1:

Nombre:

Relación con el/la
estudiante:

Teléfono móvil:

Teléfono del trabajo:

¿Se permite recoger a niños?

Sí

No

Contacto #2:

Nombre:

Relación con el/la
estudiante:

Teléfono móvil:

Teléfono del trabajo:

¿Se permite recoger a niños?

Sí

No

Contacto #3:

Nombre:

Relación con el/la
estudiante:

Teléfono móvil:

Teléfono del
trabajo:

¿Se permite recoger a niños?

Sí

No

Firma del padre / la madre / custodio

Fecha

**Esta página se deja
intencionalmente en blanco para
impresión espalda con espalda**



ROCKY POINT UNION FREE SCHOOL DISTRICT

90 Rocky Point – Yaphank Road
Rocky Point, New York 11778

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD

Información del estudiante

Nombre del estudiante:	_____	fecha de nacimiento	_____	Edad:	_____
Dirección de envío:	_____	Teléfono:	_____	Nivel de grado:	_____
Ciudad:	_____	Estado:	_____	Código postal:	_____

Información de nacimiento:

¿Hubo alguna dificultad con el embarazo o el parto de este niño? Sí No

Información sobre los padres:

Nombre del padre/custodio:	_____	Teléfono:	_____
Nombre de la madre/custodio:	_____	Teléfono:	_____

ENFERMEDADES- ¿Ha tenido su hijo alguna de las siguientes enfermedades? Seleccione Sí o No junto a cada enfermedad. En caso afirmativo, ingrese un año.

Varicela (chicken Pox)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año (de sí):	_____
Difteria (diphtheria)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año (de sí):	_____
Sarampión Alemán (German Measles)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año (de sí):	_____
Neumonía (pneumonia)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año (de sí):	_____
Escarlatina (scarlet fever)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año (de sí):	_____
Tos ferina (whooping cough)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año (de sí):	_____
Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año (de sí):	_____
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año (de sí):	_____

ALERGIAS: ¿Tiene su hijo alguna alergia potencialmente mortal (anafilaxia)? Seleccione Sí o No junto a cada enfermedad. En caso afirmativo, ingrese los síntomas y el tratamiento.

- | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------|-------|
| Alimento (food) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Síntomas/Tratamiento: | _____ |
| Alimento (Medication) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Síntomas/Tratamiento: | _____ |
| Entorno natural (Environment) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Síntomas/Tratamiento: | _____ |
| Picaduras de insectos (Insect Stings) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Síntomas/Tratamiento: | _____ |
| Látex (Latex) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Síntomas/Tratamiento: | _____ |
| Otro (Other) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Síntomas/Tratamiento: | _____ |

¿Tiene su hijo alguna sensibilidad o intolerancia alimentaria? Si es así, nómbralos: _____

VISIÓN

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Su hijo usa gafas? (vision problems?) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene su hijo problemas de visión? (wears glasses?) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo usa lentes de contacto? (wears contact lenses?) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Necesita su hijo gafas o lentes de contacto para leer? (glasses for reading?) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo necesita gafas o lentes de contacto para trabajar con la pizarra? (glasses for boardwork?) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Necesita su hijo anteojos o lentes de contacto para educación física o recreo? (glasses for PE?) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Nombre del oftalmólogo (name of eye doctor): _____

Oído- Seleccione Sí o No junto a cada pregunta a continuación.

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Su hijo/hija usa un audífono? (hearing aids?) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo/hija tiene problemas de audición? (hearing problems?) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo/hija tiene un audiograma? (audiogram?) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

DISCURSO

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Su hijo/hija tiene dificultades para hablar? (speech difficulty?) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo recibe terapia del habla? (speech therapy?) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Nombre del proveedor (provider): _____

HOSPITALIZACIONES: Seleccione Sí o No junto a cada pregunta a continuación..

¿Su hijo/hija ha sido hospitalizado? (hospitalized?) Sí No

¿Su hijo/hija ha tenido cirugía? (surgery?) Sí No

Especifique fecha(s) y motivo(s): _____

ANTECEDENTES DE SALUD: ¿Tiene su hijo alguno de los siguientes problemas de salud crónicos?

Diagnóstico			Tratamiento médico/medicación durante o fuera del día escolar
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Convulsiones (activas o inactivas) (seizures)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Fibrosis Quística (cystic fibrosis)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Parálisis Cerebral (cerebral palsy)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Asma (asthma)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Desorden Respiratorio (respiratory disorder)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Problemas del Corazón (heart condition)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Soplo Cardíaco (heart murmur)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Trastorno de la piel	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Otro	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

OTRAS PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA SALUD: seleccione Sí o No junto a cada pregunta a continuación.

¿Su hijo experimenta ausencias frecuentes debido a una enfermedad? (frequently absent) Sí No

¿Su hijo experimenta hospitalizaciones frecuentes? (frequent hospitalizations) Sí No

¿Su hijo requiere transporte, equipo o precauciones especiales al levantar o mover? (special equipment) Sí No

En caso afirmativo a alguna de las preguntas anteriores, explique: _____

Firma del padre/madre/custodio

Fecha

**Esta página se deja
intencionalmente en blanco para
impresión espalda con espalda**



ROCKY POINT UNION FREE SCHOOL DISTRICT

90 Rocky Point – Yaphank Road
Rocky Point, New York 11778

INFORMACIÓN DE REGISTRO DE VACUNAS

Nombre del estudiante: _____ Nivel de grado: _____
Fecha de Registro: _____ Identificación del estudiante: _____

Vacunas:

- Se proporciona al momento de la inscripción, pero debe ser revisado por la enfermera de la escuela.
(Provided at time of registration but must be reviewed by school nurse)
- No se proporciona en el momento de la inscripción, pero el padre/tutor acepta durante la inscripción proporcionar a la enfermera de la escuela los registros de vacunación requeridos por el estado de Nueva York dentro de los 14 días (dentro del estado) o 30 días (fuera del estado) de la inscripción.

(Not provided at time of registration, but the parent/guardian makes a commitment during registration that they will provide the school nurse with the required NYS immunization records within 14 days (in-State) or 30 days (out of State) of enrollment.)

Al firmar a continuación, reconozco que si no proporciono los registros de vacunación requeridos por el estado de Nueva York para mi hijo (dentro de los 14 días en el estado/30 días fuera del estado), mi hijo será excluido de asistir a la escuela.

Nombre del padre/madre/custodio

Firma del padre/madre/custodio

Fecha

Sólo para uso de oficina (For Office Use Only)

Date of Registration:

In State (14 calendar days)

Out of State (30 calendar days)

Date Immunization Record Due to Health Office:

**Esta página se deja
intencionalmente en blanco para
impresión espalda con espalda**



ROCKY POINT UNION FREE SCHOOL DISTRICT

90 Rocky Point – Yaphank Road
Rocky Point, New York 11778

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE COMPUTADORAS, CHROMEBOOKS Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE FOTOS/MEDIA EXTERNA/SITIO WEB

**Esta página se deja
intencionalmente en blanco para
impresión espalda con espalda**



ROCKY POINT UNION FREE SCHOOL DISTRICT

90 Rocky Point – Yaphank Road
Rocky Point, New York 11778

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR EXPEDIENTES DEL ESTUDIANTE AUTHORIZATION TO RELEASE STUDENT RECORDS

Información del estudiante

Apellido del estudiante: _____ Nombre de pila: _____ Segundo nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Nivel de grado: _____

Información de la escuela anterior

Nombre y dirección de la escuela anterior: _____

Teléfono: _____ número de fax: _____

Devolver información a:
Rocky Point Union Free School District
90 Rocky Point-Yaphank Road
Rocky Point, NY 11778
Fax: 631-849-7584
Attention: Central Registration
Email: jenniferagresto@rockypoint.k12.ny.us

Envíe información de educación especial a:
Rocky Point Union Free School District
90 Rocky Point-Yaphank Road
Rocky Point, NY 11778
Fax: 631-849-7558
Attention: Special Education Department
Email: carolmaier@rockypoint.k12.ny.us

- Transcripción completa (Complete Transcript)
- Boleta de calificaciones actual (Current Report Card)
- Registro de asistencia (Attendance Record)
- Laboratorios de ciencias terminados (Completed Science Labs)
- Registro de disciplina (Discipline Record)
- Evaluation scores (Assessment Scores)
- Calificaciones de retiro hasta la fecha (Withdrawal Grades to Date)
- Información CSE, IEP, Plan 504 (CSE Information, IEP, 504 Plan)
- Informes/Evaluaciones Psicológicas (Psychological Reports/Evaluations)
- Registros de inmunización (Immunization Records)
- Documentos de custodia/tutela (Custodial/Guardianship papers)
- Otro/Otra (Other)

Por la presente autorizo permiso para que usted divulgue todos los registros anteriores al Distrito Escolar Libre de Rocky Point Union.

Firma del padre/madre/ custodio o estudiante mayor de 18 años

Fecha

**Esta página se deja
intencionalmente en blanco para
impresión espalda con espalda**



ROCKY POINT UNION FREE SCHOOL DISTRICT

90 Rocky Point – Yaphank Road
Rocky Point, New York 11778

Formulario de información de custodia

El Distrito Escolar Libre de Rocky Point Union es responsable de la inscripción, no es responsable de determinar qué padre o tutor puede registrar a un niño dentro o fuera de la escuela, etc. Si hay problemas de custodia o tutela cuando registra a su hijo, es su responsabilidad para proporcionar la custodia. documentación al distrito.

Nota: Se debe proporcionar un documento judicial completo y actualizado para garantizar el cumplimiento por parte del Distrito de las órdenes de custodia.

Informe a la escuela de su hijo sobre los cambios en los arreglos de custodia.

Información sobre los derechos de los padres según la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA):

Una agencia o institución educativa otorgará plenos derechos bajo la Ley a cualquiera de los padres, a menos que el agencia o institución ha recibido evidencia de que una orden judicial, estatuto estatal o documento legalmente vinculante relacionado con asuntos tales como divorcio, separación o custodia que revoca específicamente estos derechos. (Autoridad: 20 U.S.C. 1232g)

Nombre del padre /madre / tutor: _____

Nombre(s) del(los) niño(s): _____

- Los padres/tutores residen juntos en la misma residencia.
- Divorced/separated parents/guardians – **Joint custody**
La colocación física ordenada por el tribunal o legalmente acordada es: _____
- Padres/tutores divorciados/separados – **Custodia exclusiva**
Estado de otro padre / otra madre / tutor: _____
- Retiro restringido: se debe aportar documentación legal: _____
- Padre soltero (el padre o la madre no figuran en el certificado de nacimiento)
- Otras circunstancias del tutor (por favor explique): _____

Por favor ponga sus iniciales en todo lo que corresponda:

_____ Adjunto una copia de esas páginas de los documentos judiciales legales que describen los acuerdos de custodia.

_____ He revelado mi acuerdo de custodia/tutela actual.

_____ Entiendo que es mi responsabilidad informar a la escuela de mi hijo sobre los cambios de custodia.

Firma del padre / madre / custodio

Fecha



ROCKY POINT UNION FREE SCHOOL DISTRICT

90 Rocky Point – Yaphank Road
Rocky Point, New York 11778

[Cuestionario de Idioma del Hogar](#)