



Peekskill City School District

Our mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

Alba Illescas
Registrar

*Oficina de Matrículas y Registros, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566
Teléfono: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org*

DOCUMENTOS PARA LA MATRÍCULA PARA UNA ESCUELA PRIVADA

- 1. LICENCIA DE CONDUCIR DE LOS PADRES/GUARDIAN O PASAPORTE**
- 2. DOS PRUEBAS DE DOMICILIO EN PEEKSKILL, POR EJEMPLO:**

- CUENTA DE CON EDISON
- RECIBO DE AGUA
- CONTRATO DE ALQUILER
- RECIBO DE ALQUILER DE VIVIENDA IMPRESO
(NO SE ACEPTAN RECIBOS ESCRITOS A MANO)
- CERTIFICADO NOTARIAL DEL DUEÑO
- ESCRITURA O COMPROBANTE DE PAGO DE HIPOTECA

En caso de no tener ninguno de estos documentos, debe presentar una carta firmada ante un notario donde declara vivir con un habitante de Peekskill, el cual posee uno de los documentos anteriores, copia del cual debe entregar.

(NO SE ACEPTA LA CUENTA DE TELEFONO/CABLE O CORREO REGULAR)

- 3. PARTIDA DE NACIMIENTO O PASAPORTE**

TOME NOTA: DEBE DE HACER UNA CITA. ES OPCIONALTRAER AL ESTUDIANTE EL DIA DE LA INSCRIPCIÓN



Peekskill City School District

Our mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

Alba Illescas
Registrar

Oficina de Matrículas y Registros, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566
Teléfono: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Formulario de Matrícula para Escuela Privada – Datos de Inscripción del Estudiante

Student ID# _____

Datos de Inscripción del Estudiante

Escribir en Letra de Imprenta

Nombre del Estudiante: _____
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Grado: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____
Mes Día Año

Ciudad/Estado/País de Nacimiento: _____

Fecha de entrada a USA: _____ Años en USA: _____
Mes Día Año

Dirección: _____ Apto/Piso: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Postal: _____ Apto/Piso: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa/ Celular: _____

Origen Etnico

1. ¿Es el estudiante de origen Hispano/Latino? Una persona de origen o cultura Mexicana, Puertorriqueña, Cubana, Centro o Suramericana, o de otra cultura Hispana.

Sí No

2. Para *si*, marca el grupo apropiado abajo.

3. Para *otros* estudiantes, por favor de elegir uno:

Indio Americano o Nativo de Alaska

Persona con origen con los habitantes originales de Norteamérica y que conservan identidad cultural través de afiliación con la tribu o por reconocimiento comunitario.

Negro

Persona con origen en cualquier grupo de raza Negra del África.

Asiático

Persona con origen de los primeros habitantes del Lejano Oriente, Sureste de Asia, las Islas Pacíficas o el Subcontinente Indio.

Blanco

Persona con origen de los primeros habitantes de Europa, África del Norte y el Medio Oriente.

Nativo de Hawái o de las Islas Pacíficas

Persona con origen en alguno de los primeros habitantes de Hawái Guam, Samoa o alguna otra Isla del Pacífico.

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha: _____



Peekskill City School District

Our mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

Alba Illescas
Registrar

Oficina de Matrículas y Registros, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566
Teléfono: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

El Estudiante Vive Con: Por Favor Marcar una Casilla

- Ambos Padres Madre sólo Padre sólo Madre/Padrastro
- Padre/Madrastra Familiares _____ Otro _____

Advertencia: Cuando el estudiante no reside con ambos padres, la escuela necesita información adicional para determinar quién es el encargado del estudiante. En estos casos, hará falta presentar documentos legales (orden de custodia). En situaciones de emergencia, la escuela le proveerá un formulario para ser rellenado por el padre/madre o guardián.

Información de los Padres/Guardián

Nombre y Apellido: _____

Relación con el Estudiante: _____ Guardián Legal Sí No

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Celular: _____

Email: _____

Información Adicional: _____

Información de los Padres/Guardián

Nombre y Apellido: _____

Relación con el Estudiante: _____ Guardián Legal Sí No

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Celular: _____

Email: _____

Información Adicional: _____

Hermanos

Nombre Completo del Estudiante: _____

Apellidos

Nombre

Segundo Nombre

Grado: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha: _____



Peekskill City School District

Our mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

Alba Illescas
Registrar

Oficina de Matrículas y Registros, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566
Teléfono: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Nombre Completo del Estudiante: _____
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Grado: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

Nombre Completo del Estudiante: _____
Apellidos Nombre Segundo Nombre Grado:

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

Nombre Completo del Estudiante: _____
Apellidos Nombre Segundo Nombre Grado:

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

Otros Contactos en Caso de Emergencia

Contacto de Emergencia # 1 2 3 4 (Marcar una)

Nombre y Apellido: _____ Relación con el Estudiante: _____

Teléfono de Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Celular: _____

Contacto de Emergencia # 1 2 3 4 (Marcar una)

Nombre y Apellido: _____ Relación con el Estudiante: _____

Teléfono de Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Celular: _____

Contacto de Emergencia # 1 2 3 4 (Marcar una)

Nombre y Apellido: _____ Relación con el Estudiante: _____

Teléfono de Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Celular: _____

Contacto de Emergencia # 1 2 3 4 (Marcar una)

Nombre y Apellido: _____ Relación con el Estudiante: _____

Teléfono de Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Celular: _____

Firma del Padre o Guardián: _____ **Fecha:** _____



Peekskill City School District

Our mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

Alba Illescas
Registrar

Oficina de Matrículas y Registros, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566
Teléfono: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Student ID# _____

Este formulario será entregado al Departamento de Transporte cuando haya completado la matrícula.

Solicitud de Transporte (Sólo para los Grados Preescolar-5)

Nombre Completo del Estudiante: _____
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Grado: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

Nombre Completo del Hermano(a) _____
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Grado: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

Nombre Completo del Hermano(a): _____
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Grado: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

Nombre de los Padres/Guardián: _____ Relación con el Estudiante: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Celular: _____

Nombre de los Padres/Guardián: _____ Relación con el Estudiante: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Celular: _____

Persona de Contacto en Caso de Emergencia:

Nombre Completo: _____ Relación con el Estudiante: _____

Teléfono de Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Celular: _____

Rellene SOLAMENTE si el estudiante será recogido y dejado diariamente en la parada de autobús cerca de una niñera/cuidador):

Nombre Completo de la Niñera: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Celular: _____

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha: _____



Peekskill City School District

Our mission is to educate and empower all students to strive for excellence as life-long learners who embrace diversity and are contributing members of a global society.

Alba Illescas
Registrar

Oficina de Matrículas y Registros, 400 S. Division Street., Peekskill, NY 10566
Teléfono: (914) 739-0682 ext. 7535 Fax: (914) 737-0113
Email: aillescas@peekskillschools.org

Student ID# _____ Este formulario se le entregara al Depto. de Transporte cuando haya completado la matrícula.

Acuerdo Entre Padre y Estudiante Para la Seguridad en el Autobús

DISCIPLINA EN EL AUTOBUS

Mala Conducta y Comportamiento Inaceptable:

Comportamiento tal como el uso de blasfemias, falta de respeto hacia el conductor, monitor o hacia otros estudiantes, arrojar objetos dentro o contra el autobús, ponerse de pie cuando el autobús está en marcha, subirse sobre los asientos, descortesías/vulgaridades, comer o beber, o cualquier otro comportamiento que no esté de acuerdo con las normas de disciplina del distrito escolar de la ciudad de Peekskill. El transporte es una continuación del día escolar. Todos los informes de conducta que requieran acción disciplinaria serán enviados al Director de la escuela de su niño y éste será quien determine las medidas a tomarse.

Primer Delito: Advertencia Oral
Segundo Delito: Advertencia por Escrito
Tercer Delito: Quedará suspendido su transporte por un día

Fumar en el Autobús

Primer Delito: Advertencia por Escrito
Segundo Delito: Quedará suspendido su transporte por un día
Tercer Delito: Quedará suspendido su transporte por tres días
Delitos Repetidos: Quedará suspendido su transporte por un tiempo indefinido y tendrá una Revisión por el Superintendente

Asalto Físico/ Peleas o Amenazas de Cualquier Tipo:

Primer Delito: Quedará suspendido su transporte por un mínimo de tres días (según la severidad del acto)
Segundo Delito: Quedará suspendido su transporte por un tiempo indefinido y tendrá una Revisión por el Superintendente
Cada caso podrá requerir aviso a la Comisaría de Policía

Uso de Drogas o Alcohol:

Cualquier Delito: Será referido a la Comisaría de Policía, quedará suspendido su transporte por un tiempo indefinido y tendrá una Revisión por el Superintendente

Vandalismo:

Cualquier Delito: Será referido a la Comisaría de Policía, quedará suspendido su transporte por un tiempo indefinido y tendrá una Revisión por el Superintendente

EL PADRE/GUARDIAN DEBE FIRMAR Y DEVOLVER ESTE FORMULARIO AL DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE, A MAS TARDAR LA SEGUNDA SEMANA DE SEPTIEMBRE. DESPUES DE LA TERCERA SEMANA DE SEPTIEMBRE, NO SE PERMITIRA QUE EL ESTUDIANTE TOMA EL AUTOBUS HASTA QUE ESSTE FORMULARIO HAYA SIDO FIRMANDO Y DEVUELTO.

Certifico que soy el padre/guardián legal del niño/a nombrado abajo y que he recibido, entendido y he conversado con mi niño/a sobre el Pacto para la Seguridad en el Autobús, así como las consecuencias debido a conducta inaceptable. Además, estoy consciente de que tengo la responsabilidad de informar a la Oficina de Transporte de cualquier cambio en la información anotada en este formulario.

Nombre Completo del Estudiante: _____
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha: _____