



TRINITY ELEMENTARY SCHOOL
OF COMMUNICATION ARTS & TECHNOLOGY
180 PELHAM ROAD
NEW ROCHELLE, NEW YORK 10805-3197
FAX: (914) 576-4266

Anthony DiCarlo
PRINCIPAL

BRIAN G. OSBORNE, Ed.D.
SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

Magda Parvey, Ed.D.
ASSISTANT SUPERINTENDENT/CHIEF ACADEMIC OFFICER

Michael Hilderbrand
ASSISTANT PRINCIPAL

Documentos de registro requeridos

Para inscribir a su hijo, usted debe tener una prueba de:

1. Fecha de nacimiento: el original o una copia certificada de partido de nacimiento.
2. Tres pruebas de residencia; facturas de servicios públicos (Con Edison, Optimum Cable, Verizon Cable, Direct TV or SUEZ Water), contrato de alquiler firmado, declaración de hipoteca.
3. Registro de inmunizaciones, el certificado o una tarjeta del doctor o el formulario de la escuela llenado y firmado por el médico.
4. Una identificación del pariente/guardianes con FOTO
5. Para los grados primer (1-5to) al quinto, las calificaciones de otra escuela
6. Todos lo formularios y cuestionares llenos

Todos los formularios incluyendo el de la transportación TIENEN que ser completado antes de venir a su cita.

Para hacer la cita de registración por favor llamar la Sra. Maryann Talt al (914) 576-4440.

CENSUS #: _____ I.D. #: _____

2017/2018
Registration

CITY SCHOOL DISTRICT OF NEW ROCHELLE
Trinity School Escuela

Información sobre la inscripción

Sólo podrán inscribirse en nuestros distritos escolares los estudiantes cuyos padres o custodios legales residan en New Rochelle. Los estudiantes concurrirán a la escuela que corresponda a su área de residencia, salvo los que asistan a una escuela "Magnet". Las pruebas de residencia se suministrarán con arreglo a la práctica del distrito. Si la persona que inscribe al alumno no es el padre o la madre, deberá presentar al momento de inscribirlo copia de la orden judicial que lo o la designe "padre adoptivo", "tutor legal" o una "orden de custodia"

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA: Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ sexo: M F
(marque)

Ciudad y país donde nació: _____ Identidad étnica/cultural(opcional) _____

Si nació en el extranjero: fecha de ingreso en los EE.UU. _____ idioma materno _____

¿Fue a la escuela en su país? _____ En caso afirmativo ¿que grado(s) cursó? _____

Idioma que se habla en casa: _____

Grado que cursa el estudiante: _____ Último grado que cursó: _____ ¿Cuándo?: _____

Nombre y dirección de la última escuela: _____

Teléfono (Persona que pueda dar información, si la hubiese) _____

¿El estudiante asistió a la escuela en New Rochelle?: ¿Cuándo? _____ Dónde? _____

Domicilio de estudiante: _____
(calle y no.) (Apto #) (código postal)

No.(s) de teléfono particular(es): _____

Nombre del padre: _____ Lugar de nacimiento: _____

Domicilio del padre (calle, no. y ciudad): _____

Teléfono particular: _____ Teléfono en el trabajo: _____

Profesión: _____ Empleador: _____

Estado civil: Soltero _____ Casado _____ Separado _____ Divorciado _____ Viudo _____

Nombre de la madre (primer nombre y apellido de soltera) _____

Lugar de nacimiento: _____ Domicilio de la madre (calle, no. y ciudad): _____

Teléfono particular: _____ Teléfono en el trabajo: _____

Profesión: _____ Empleador: _____

Estado civil: Soltera _____ Casada _____ Separada _____ Divorciada _____ Viuda _____

Nombre del tutor o custodio (si no es uno de los padres): _____

Parentesco con el estudiante: _____

Profesión: _____ Empleador: _____

Indique más abajo los nombres COMPLETOS de todos los demás hijos

Nombre	Edad	Fecha de nacimiento	Escuela la que asiste	Grado

Domicilio anterior del estudiante: _____
 Calle, no. apt. Ciudad y estado

Teléfono anterior del estudiante: _____

¿Su hijo recibe un plan especial de enseñanza (I.E.P.) de Educación Especial? Sí _____ No _____

Indique a qué escuelas asistió su hijo y cuándo:

GRADO	ESCUELA/LOCALIDAD	FECHAS DE ASISTENCIA
Preescolar		
Jardín de infantes		
1er. grado		
2º. grado		
3er. grado		
4o. grado		
5o. grado		
6o. grado		
7o. grado		
8o. grado		
9o. grado		
10o. grado		
11o. grado		
12o. grado		

¿Su hijo(a) recibió alguno de estos servicios en las escuelas a las que asistió?

SERVICIOS DE APOYO	MARQUE LO QUE CORRESPONDA	GRADO(S) EN QUE SE RECIBIERON ESOS SERVICIOS
Inglés como segundo idioma		
Clase bilingüe		
Ayuda/lab. de lectura		
Aula de recursos		
Dicción/lenguaje		
Terapia física/ocupacional		
Enseñanza especial		
Grupo de ayuda y socialización		
Repitió un grado		
Recomendación de repetir un grado		
Otros servicios (describir)		

Opcional – Marque lo que corresponda:

Padre _____ Madre _____
 _____ Indígena de los EE.UU _____
 _____ Asiático/ de las Islas del Pacífico _____
 _____ Hispano _____
 _____ Afroamericano _____
 _____ Caucásico _____

(siga en la página 3)

(3)

Nombre del estudiante: _____

Contacto de emergencia: _____
Escriba el nombre y apellido en letra de imprenta

Relación con el estudiante: _____

No(s). de Teléfono _____

Escriba en letra de imprenta el nombre del padre o del custodio que llene este formulario:

Firma del padre o del tutor que llene este formulario _____

Fecha de la firma: _____



**TRINITY ELEMENTARY SCHOOL
OF COMMUNICATION ARTS & TECHNOLOGY**

180 PELHAM ROAD
NEW ROCHELLE, NEW YORK 10805-3197
FAX: (914) 576-4266
Tel: (914) 576-4440

BRIAN G. OSBORNE, Ed.D.
SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

Magda Parvey, Ed.D.
ASSISTANT SUPERINTENDENT/CHIEF ACADEMIC OFFICER

Anthony DiCarlo
PRINCIPAL

Michael Hilderbrand
ASSISTANT PRINCIPAL

Estimados Padres:

Bienvenidos a la ciudad de New Rochelle. Quisiera aprovechar la oportunidad para familiarizarlos con el procedimiento de matrícula o registración del Distrito Escolar de New Rochelle.

Usted debe presentar documentos que certifiquen que Ud. reside en la ciudad de New Rochelle. Para que Usted matricule o registre a su hijo(a) en el Distrito de New Rochelle y reciba instrucción gratuita. Por ejemplo usamos los recibos de servicios públicos como Con Edison, teléfono, títulos de propiedad o registro electoral.

Si surgiera un problema relacionado con la verificación de su domicilio, puede que el Distrito Escolar le pida documentación adicional. Si después de haber presentado esta documentación adicional la verificación de su domicilio permanece sin resolverse, entonces el Distrito Escolar efectuara una investigación formal para determina este asunto definitivamente.

Con el propósito de que el Distrito Escolar pueda verificar su domicilio, podría ser necesario que Ud. presente más documentación adicional como el nombre y dirección de su empleador o patrón y/o asistir a una entrevista con un representante del Distrito Escolar. Durante esta reunión, el representante del Distrito Escolar le mostrará a Ud. toda la evidencia que haya podido averiguar respecto al asunto de su domicilio y se le dará la oportunidad de que responda a tal evidencia. Después de esta entrevista, el Distrito Escolar llegara a una decisión final.

Si nuestra investigación revela que Ud. no es un residente del Distrito Escolar de New Rochelle y que su hijo(a) no está independizado y viviendo por cuenta propia, o que Ud. no ha cedido la custodia y el control de su hijo(a) a un residente de la ciudad de New Rochelle, no podrán matricular su hijo(a) en el Distrito Escolar de New Rochelle.

Por favor, firme en el espacio de abajo como confirmación de que Ud. ha leído y entendido nuestros requisitos tal como se explican en esta y que su(s) hijo(s) son en efecto residente del Distrito Escolar de New Rochelle.

Sinceramente,

Anthony DiCarlo
Principal

Date:	
Nombre del estudiante:	
Padre/Guardián Firma:	

INFORMACION MEDICA DEL ESTUDIANTE DE TRINITY ELEMENTARY

Apellido del estudiante		Fecha de nacimiento	
Nombre del estudiante			

Dirección postal	
Área postal	New Rochelle, NY
Numero de teléfono de casa	

Nombre de la madre	
Dirección de la madre	
Ciudad, Estado, Código postal	
Numero de teléfono	
Numero de Mobile/Celular	
Numero telefónico del trabajo	
Correo electrónico de la madre	

Nombre del padre	
Dirección del padre	
Ciudad, Estado, código postal	
Numero telefónico de la casa	
Numero de Mobile/celular	
Numero telefónico del trabajo	
Correo electrónico del padre	

Este formulario fue llenado por:	
----------------------------------	--



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

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

Trinity School

I.D. #: _____

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 Sí

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

Date

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:

NEW ROCHELLE CITY SCHOOL DISTRICT

Office of Transportation
515 North Avenue, New Rochelle, NY 10801

AM BUS: TIME: AM STOP:
PM BUS: TIME: PM STOP:
BUS COMPANY: START DATE:

Parent:/Guardian: Complete one application for each student being registered. The transportation office staff will identify and notify students by mail at the end of August those who meet the 1.5 mileage requirement necessary to receive bussing.

PLEASE PRINT CLEARLY. REPORT PHONE NUMBER CHANGES TO THE TRANSPORTATION OFFICE IMMEDIATELY.

2017-2018 Transportation Application
New Rochelle Public Elementary Schools

1. New Student: 2. Address Change: 3. School Change:

4. Magnet CILA Kaleidoscope Previous School
(circle one)

School: TRINITY SCHOOL Grade (circle one): PA PP K 01 02 03 04 05

Student ID#: (REQUIRED) Today's Date:

STUDENT DATA INFORMATION

Student Name: LAST Name FIRST Name Middle

Student Home Address:

Street: Apt No.:

City: State: Zip:

Date of Birth: Sex:

Parent OR Legal/Custodial Guardian Information

Title: (circle) Dr. Mr. Mrs. Ms. Mr. & Mrs. (print) Other

Mother Last name First name Father Last name First name

Primary Phone# Mother Cell# Father Cell#

E-Mail

Signature of Mother or Father or Legal/Custodial Guardian Relationship to Student: (mother, father, other)

Emergency Contact (other than parent or legal/custodial guardian)

Mother Phone #



TRINITY ELEMENTARY SCHOOL
 OF COMMUNICATION ARTS & TECHNOLOGY
 180 PELHAM ROAD
 NEW ROCHELLE, NEW YORK 10805-3197
 FAX: (914) 576-4266

Anthony DiCarlo
 PRINCIPAL

BRIAN G. OSBORNE, Ed.D.
 SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

Magda Parvey, Ed.D
 ASSISTANT SUPERINTENDENT/CHIEF ACADEMIC OFFICER
 Tel: (914) 576-4440

Michael Hilderbrand
 ASSISTANT PRINCIPAL

Solicitar Expedientes escolares

<i>Nombre de la escuela</i>	
<i>Dirección de la escuela</i>	
<i>ciudad, estado, área postal</i>	
<i>Teléfono</i>	
<i>Número de Fax</i>	

<i>Nombre del estudiante</i>	
------------------------------	--

La/el estudiante anterior ha entrado en nuestra escuela _____ de su sistema escolar.

Por favor envíenos todos los registros relativos a este niño junto con alguno de los siguientes:

- tarjeta de transferencia
- Registros / expedientes escolares
- Resultados de pruebas estandarizadas incluyendo NYSESLAT
- Registros/expedientes de salud
- Patología del habla
- Lectura remedial
- Servicios Psicológicos
- Trabajo Social

Sinceramente,

Anthony DiCarlo
 Principal

Autorización para la divulgación de información

Doy permiso para la liberación de todos los registros de la escuela incluyendo académicos, psicológicos y perteneciente a los registros de salud _____

Padre / Guardián

Firma _____ Fecha _____



TRINITY ELEMENTARY SCHOOL
 OF COMMUNICATION ARTS & TECHNOLOGY
 180 PELHAM ROAD
 NEW ROCHELLE, NEW YORK 10805-3197
 FAX: (914) 576-4266
 Tel: (914) 576-4440

Anthony DiCarlo
 PRINCIPAL

BRIAN G. OSBORNE, Ed.D.
 SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

Magda Parvey, Ed.D
 ASSISTANT SUPERINTENDENT/CHIEF ACADEMIC OFFICER

Michael Hilderbrand
 ASSISTANT PRINCIPAL

Forma de registros de liberación de Expedientes

<i>Nombre del estudiante</i>	
<i>Escuela la que asistirá</i>	
<i>Dirección de la nueva escuela</i>	
<i>Ciudad/Estado & área postal</i>	
<i>Teléfono de la nueva escuela</i>	
<i>Número del fax de la nueva escuela</i>	

Autorizo para la liberación de todos los registros de la escuela incluyendo académicos, psicológicos y registros sanitarios correspondientes _____.

Parents/Guardian Signature _____ Date _____

New Home Address: _____

New Home Telephone #: _____

Last Day of Attendance at Trinity Elementary School: _____

**TRINITY ELEMENTARY SCHOOL
RTI PARENT QUESTIONNAIRE
2017**

Fecha	
Estudiante	
Fecha de nacimiento	
Pariente	
Direcion	

Su hijo(a) ha asistido un programa pre-escolar? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la escuela?
Cuantos años?	

Que comentarios sobre su hijo(a) ha recibido de su maestro últimamente?

En algún tiempo su hijo(a) ha recibido servicios académicos adicionales como?

- "Early Intervention Services" Si?, Para ? _____
- "CPSE" Si? para ? _____

Servicios adicional (privados): OT PT auditorio/lenguaje consejeria

Usted cree que su hijo(a) pueda tener dificultad comenzando una escuela nueva? _____

Si?, Como lo podemos ayudar? _____

Como describiría usted a su hijo(a)?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Confía en el mismo | <input type="checkbox"/> Tiene interés en la escuela | <input type="checkbox"/> Toma riesgos |
| <input type="checkbox"/> Se frustra fácilmente | <input type="checkbox"/> Sensible | <input type="checkbox"/> Es independiente |
| <input type="checkbox"/> Habla mucho | <input type="checkbox"/> Tímido/callado (cuando no está alrededor de su familia) | <input type="checkbox"/> Esta bien durante situaciones nuevas |
| <input type="checkbox"/> Juega con otros | <input type="checkbox"/> Es activo | <input type="checkbox"/> Es flexible |
| <input type="checkbox"/> Necesita apoyo para tratar cosas nuevas | <input type="checkbox"/> Sigue las direcciones | <input type="checkbox"/> Habla claramente |

**TRINITY ELEMENTARY SCHOOL
RTI PARENT QUESTIONNAIRE
2017**

Algo adicional?: _____

En su aprendizaje, ve a su hijo(a) como uno que?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiene confianza | <input type="checkbox"/> No confía en el mismo | <input type="checkbox"/> Comprende lo que se le pide |
| <input type="checkbox"/> Es interesado | <input type="checkbox"/> No tiene interés en aprender | <input type="checkbox"/> Le gusta leer o que le lean |
| <input type="checkbox"/> Se concentra en el tema | <input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente | <input type="checkbox"/> Hace preguntas |
| <input type="checkbox"/> Se esfuerza | <input type="checkbox"/> Se da por vencido fácilmente | <input type="checkbox"/> Se confunde fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Se frustra fácilmente | <input type="checkbox"/> Se le hace difícil mantener en lo que está haciendo | |
| <input type="checkbox"/> Pide ayuda | <input type="checkbox"/> Necesita mucho apoyo | |

Otros comentarios: _____

Como era en infancia? _____ Niño(a)? _____

Cuando el/ella: **camino** _____ **habló** _____
entrenamiento del baño _____

Complicaciones infantiles (lista)? _____

Miembros de su familia

Padre		
Madre		
Hermano(s)		

¿Quien mas vive en su casa (lista)?

¿A quien va su hijo(a) mas frecuente cuando necesita ayuda? _____

¿Que le gusta hacer mas con su madre? _____

TRINITY ELEMENTARY SCHOOL
RTI PARENT QUESTIONNAIRE
2017

¿Con su padre? _____

¿Tiene amistades en el vecindario con quien juegan?

¿Son de la misma edad? _____

¿Mayor? _____ ¿Menor? _____

¿Cuáles son sus intereses y que le motiva? _____

¿Usted se a dado cuenta que demuestra un talento especifico?

Si, explique.

¿Qué tipo de disciplina se usa en casa? ¿Qué da más resultados? _____

¿Quién es el que disciplina? _____

¿Le ha pasado algo traumático a su hijo(a)? Estado en el hospital? Se ha separado de un familiar por un tiempo, etc? _____

¿Ha habido problemas de salud? _____

¿Hay algo adicional que los maestros deben saber? Hay dificultad en: el custodio de los niños, con otros miembros de la familia, una discapacidad ó finanzas?

TRINITY ELEMENTARY SCHOOL
RTI PARENT QUESTIONNAIRE
2017

¿Cual lenguaje se habla en casa mayormente? _____

Si su hijo(a) habla otro idioma en casa, el/ella habla usando oraciones completas?

¿Tuvo retrasos en el desarrollo del primer lenguaje? _____

¿Usted tuvo preocupaciones del aprendizaje del habla y el lenguaje de su primer lenguaje?

Hay algo más que nos pueda comunicar de su hijo(a) para ayudar que tenga un comienzo escolar saludable? _____

Por favor indique su relacion con el estudiante:

madre padre hermano abuelo tia/tio

otro: _____

Muchas gracias por su tiempo!

Por favor firme: _____

La fecha: _____