



**Solicitud de Ingreso**

Programa Solicitado:

Curso: 1 \_\_\_\_\_ Alterno: 2 \_\_\_\_\_ Alterno: 3 \_\_\_\_\_  
 Carrera y Educación Técnica  Estudiante que regresa

<b>Uso Oficial de la Academia</b>		

Escriba claramente (una letra por casilla).

Apellido del Estudiante  Primer Nombre del Estudiante  Inicial  Sexo  M/F

Dirección de Calle  Pueblo

Código ZIP  Apt. No.  P.O. Box  Etnia  
 Africano Americano  Indio Americano/Nativo Alaska  Asiatico  Multi Raza  
 Caucásico  Hispano/Latino  Hawaiano/Isleño  Otro

Fecha de Nacimiento Estudiante  Número de Seguro Social Estudiante  Código Area   
 Mes  Día  Año  -  -  -  -  -  -

Apellido Padre/Persona en Relación Parental  Inicial Uno  Sr. o Sra.   
 ¿Su hijo asistió al Programa de Exploración de Carrera verano?  Si  No

Parent's/Person in Parental Relation Cell Number  Teléfono de Emergencia   
 Cód. Area  -  -  Código Area  -  -  x  Extensión

Dirección de Correo Electrónico del Padre/Persona en Relación con Padres

Apruebo la participación de mi hijo/hija en las actividades de la Academia. Entiendo que todos los registros de los estudiantes serán revisados según el proceso de admisión de The Academy. Al firmar esta solicitud, otorgo acceso a The Academy a toda la información pertinente sobre mi hijo, incluidos, entre otros, expedientes académicos recientes, registros de asistencia y disciplina. Se puede obtener más información sobre el proceso de admisión en la oficina de orientación del distrito de origen de su hijo.

Firma de Estudiante \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 Fecha Firma del Padre/Persona en Relación \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 Fecha

ESTADO DE SALUD	
Medico Hx <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Si es "si" especifique _____	
Inyecciones <input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Si es "otro" especifique _____	
Firma de Enfermera Registrada _____	/ ____ /20 Fecha

A COMPLETARSE POR CONSEJERO ADJUNTE COPIA DE NOTAS DEL ESTUDIANTE	
Nota Actual <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Salud	Sesión Solicitada <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM NYSESLAT Notas: Escala _____ Escucha _____ <input type="checkbox"/> Servicios Bilingues Lectura _____ Escritura _____ Habla _____ Indique Idioma _____
De conformidad con las reglamentaciones del estado de Nueva York, complete lo siguiente: *¿El estudiante está clasificado como CSE? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
*CSE Clasificación _____	¿El estudiante es elegible para almuerzo gratis oa precio reducido? <input type="checkbox"/> Gratis <input type="checkbox"/> Reducido
Modificaciones de Prueba <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿El estudiante está aprendiendo un nuevo idioma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ID Estudiante Distrito # _____	Nivel _____
SI CLASIFICÓ CSE, ADJUNTE IEP, INFORME PSICOLÓGICO Y EVALUACIÓN VOCACIONAL.	
Al firmar esta solicitud, el Distrito otorga acceso electrónico al IEP del estudiante mencionado anteriormente, a través del Sistema de administración de estudiantes de The Academy..	
DISTRITO _____	DISTRITO ESCOLAR _____
Firma del Consejero _____	Firma del Superintendente del Distrito _____
/ ____ /20 Fecha	/ ____ /20 Fecha

DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA OFICINA DE ADMISIÓN DE LA ACADEMIA DE TECNOLOGÍA APLICADA DEL ESTE DE LONG ISLAND:  
 750 Waverly Avenue, HOLTSVILLE, NY 11742  
 Número de Teléfono 631-419-1629 Número de Fax 631-240-8974

La Academia de Tecnología Aplicada del Este de Long Island, un programa de Eastern Suffolk BOCES, no discrimina a ningún empleado, estudiante, solicitante de empleo o candidato para la inscripción por motivos de sexo, género, raza, color, religión o credo, edad, peso, origen nacional, estado civil, discapacidad, orientación sexual, identidad o expresión de género, condición de transgénero, condición de militar o veterano, condición de víctima de violencia doméstica, predisposición genética o condición de portador, o cualquier otra clasificación protegida por la ley federal, estatal o local. ESBOCES también brinda igualdad de acceso a los Boy Scouts y otros grupos juveniles designados. Las consultas sobre la implementación de las leyes aplicables deben dirigirse a cualquiera de los Oficiales de Cumplimiento de Derechos Civiles de ESBOCES en ComplianceOfficers@esboCES.org. el Superintendente Asistente de Recursos Humanos, 631-687-3029, o el Superintendente Asociado de Servicios Educativos, 631-687-3056, 201 Sunrise Highway, Patchogue, NY 11772. Las consultas también pueden dirigirse a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Educación de EE. UU., 32 Old Slip, 26th Floor, New York, NY 10005, 646-428-3800, OCR.NuevaYork@ed.gov.