

**SODUS CENTRAL SCHOOL
REGISTRATION FORM**



Office Use Only	
Student #:	
Birth Cert:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Health Records:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
First Enrollment:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Office Use Only	
Date:	
Grade:	
HR:	
Bus:	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM

WHAT LANGUAGE IS SPOKEN MOST IN THE HOME? English Spanish Other _____
 QUE IDIOMA(S) SE HABLA EN EL HOGAR
 O RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE? Inglés Español Otro _____

STUDENT'S LAST NAME: _____ FIRST NAME: _____ Middle: _____
 {Apellido Del Alumno} {Nombre} {Inicial - centro}
 BIRTHDATE: _____ SEX: _____ GRADE: _____
 {La Fecha De Nacimiento} {El Genero} {Grado}
 RESIDENCE: _____ TOWN: _____ ZIP: _____
 {residencia} {pueblo} {codigo postal}
 MAILING ADDRESS: _____ TOWN: _____ ZIP: _____
(If NOT the same as residence address) {pueblo} {codigo postal}
{direccion donde recibe correo - si es diferente que la de la casa}

Birth City, State, Country: _____ If born outside USA - date entered USA: _____
 {Lugar de Nacimiento} {Si nacio en otro pais, la fecha que entro en los EU por primera vez}
 These questions are intended to address the McKinney-Ventro Act. The answers to this residency information will help determine the services the student may be eligible to receive.

1. Is your current address a temporary living arrangement? Yes **{Sí}** No
 {Es la casa un lugar temporal?}
 2. Is this temporary arrangement due to loss of housing or economic hardship? Yes **{Sí}** No
 {Si es un lugar temporal, es por haber perder el trabajo o por no tener dinero para la renta?}
- If you answered yes to the above questions, please complete the Student Residency Affidavit.**

PARENT / CAREGIVER'S INFORMATION *(With whom the student lives)*
 {Con quien vive el nino}

NAME: {nombre} _____
 RELATIONSHIP: {relación} _____
 HIGHEST LEVEL OF EDUCATION: _____
 {hasta cual grado estudio}
 High School Diploma GED College Degree
 {Diploma de instituto} {Grado de colegio}

NAME: {nombre} _____
 RELATIONSHIP {relación} : _____
 HIGHEST LEVEL OF EDUCATION: _____
 {hasta cual grado estudio }
 High School Diploma GED College Degree
 {diploma de la escuela secundaria} {diploma de la universidad}

STUDENT'S PARENTS ARE:
 {Los padres del estudiante son:}
 Married Divorced Separated Deceased Other: _____
 {casado} {divorciado} {separado} {difunto} {otro}

FATHER'S Name and Address _____

{el nombre y dirección del padre}

(required if not listed above) {si es diferente que arriba}

MOTHER'S Name and Address _____

{El nombre y dirección de la madre}

(required if not listed above) {si es diferente que arriba}

Can custody papers be provided: Yes {Sí} No

{¿Hay documentos de la custodia?}

Should father/mother not living in child's residence receive mailings? Yes {Sí} No

{¿Hay un padre/madre que no vive en la misma casa que debe recibir informacion de la escuela y del niño?}

Mother/Guardian {Madre/encargada}

Home Phone: {Telefono de la casa}		Cell Phone: {teléfono móvil}	
Work Phone: {teléfono de trabajo}		Employer: {patron}	
Email address: {Dirección de correo electrónico}			

Father/Guardian

Home Phone: {Telefono de la casa }		Cell Phone: {teléfono móvil}	
Work Phone: {teléfono de trabajo}		Employer: {patron}	
Email address: {Dirección de correo electrónico}			

For School emergencies & Information, what method would you like to be contacted by: (check all that apply)

{En caso de emergencia y si hay otra información de la escuela, ¿cómo quiere que nos pongamos en contacto con usted?} indique todos que le convienen}

Home Phone Cell Phone Email Work phone

{Telefono de la casa} {teléfono móvil} {correo electrónico} {teléfono de trabajo}

Emergency Contacts: {¿a quién podemos llamar en caso de emergencia?} (other than yourself) ({ Otro que usted})

Name: {Nombre}		Relationship: {relación}	
Home Phone: {Telefono de la casa}		Cell phone: {teléfono móvil}	
Name: {Nombre}		Relationship: {relación}	
Home Phone: {Telefono de la casa}		Cell phone: {teléfono móvil}	

Is the emergency contact person allowed to pick child up from school? Yes {Sí} No {¿Das su consentimiento que las personas indicadas arriba tengan permiso para recoger al niño?}

LAST SCHOOL ATTENDED {última escuela donde asistió }

NAME OF SCHOOL: _____
 {Nombre de escuela}
 ADDRESS: _____ CITY& STATE: _____ ZIP: _____
 { Dirección } {Ciudad y Estado} {silbido(cremallera)}
 PHONE/FAX #: _____
 {última escuela donde asistió }

HAS STUDENT BEEN IDENTIFIED AS HAVING A DISABILITY BY A COMMITTEE ON SPECIAL EDUCATION (CSE) OR A 504 COMMITTEE? YES {sí} NO

{¿HA SIDO IDENTIFICADO POR UN COMITÉ DE LA EDUCACION ESPECIAL O UN COMITÉ DE 504 COMO ESTUDIANTE QUE TIENE UNA DESCAPACIDAD?}

DOES STUDENT HAVE ANY HEALTH, HEARING OR VISION PROBLEMS? YES{sí} NO

{¿TIENE EL ESTUDIANTE ALGUN PROBLEMA DE LA SALUD, DE LA AUDICION O DE LA VISTA?}

IF YES, DESCRIBE: _____

{SI TIENE, DESCRIBALO }

FAMILY DOCTOR _____ ADDRESS: _____
 {médico de cabecera} {dirección}
 PHONE: _____
 {teléfono}

SIBLINGS (living in the home) ({los hermanos que viven en la misma casa):

LAST NAME {apellido}	FIRST NAME {Nombre de pila}	BIRTHDATE {fecha de nacimiento}
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



Sodus Central School District
STUDENT RACIAL AND ETHNIC IDENTIFICATION

FORM
SREI

All students between 5 and 21 years of age have the right to a free public education. Children may not be refused admission because of race, color, creed or national origin, sex, citizenship, handicapping condition, or immigration status.

Name of School: Sodus Central School District

School District Student Identification Number:

Date of Birth (Month/Day/Year):
 / /

Student Name: Last, First, Middle:

Grade Level:

DIRECTIONS TO PARENT/GUARDIAN

PLEASE ANSWER QUESTIONS (1) and (2). PLEASE READ THEM BEFORE YOU RESPOND. [For question (1) Check (√) the box that best describes your child.] Check (√) only ONE box.

1. Is the student Hispanic, Latino, or of Spanish origin? Hispanic, Latino, or of Spanish origin means a person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.

- YES, Hispanic
- NO. not Hispanic

2. Select one or more races from the following five racial groups [For question (2) Check (√) all groups that apply to your child; check (√) at least ONE box.]:

- AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE:** A person having origins in any of the original peoples of North America and who maintains cultural identification through tribal affiliation or community recognition. e.g. Cherokee, Mohawk, Inuit.
- ASIAN:** A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.
- NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER:** A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.
- BLACK:** A person having origins in any of the black racial groups of Africa
- WHITE:** A person having origins in any of the original peoples of Europe, North Africa, or the Middle East

 Signature of Parent/Guardian/Other

 Date

Relationship to Student (please check one box below):

- Mother
- Father
- Guardian
- Other (Specify): _____

**See reverse for important message to
 Parents/Guardians and Confidentiality Procedures and
 Regulations.**



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:
_____	_____	<input type="checkbox"/> Masculino
Mes	Día	Año
_____	_____	_____
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 _____ <i>especifique</i>	<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	

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:



Sodus Central School District
P.O. Box 220
Sodus, New York 14551-0220
www.soduscscd.org



"Committed to Excellence and Dedicated to Success"

SODUS HEALTH OFFICE
La Oficina de la Salud de la Escuela Primaria
Available Over-the-Counter Preparations
Acerca de los medicamentos que se venden sin receta

PLEASE CROSS OFF ANY PREPARATIONS YOU DO NOT WANT YOUR CHILD TO RECEIVE IN SCHOOL

Or

Contact Building Nurse with any concerns at 483-2331

Por favor, tache cualquier medicamento que usted no quiere que reciba su hijo en la escuela.

- | | |
|--|---|
| Calamine/Caladryl Lotion or Rhuligen
<i>Loción de Calamine/Caladryl</i> | itch relief from bug bites/rashes
<i>para aliviar el picazón e irritación</i> |
| Orajel
<i>Orajel</i> | oral anesthetic for toothache
<i>anestésico oral para el dolor de los dientes</i> |
| Triple Antibiotic cream
<i>Crema antibióticos</i> | prevents infection to cuts/scrapes
<i>para prevenir infecciones de cortadas y raspaduras</i> |
| TUMS tablets
<i>pastillas de TUMS</i> | antacid for heartburn
<i>antiácido para acidez</i> |
| Cough drops
<i>Dulces para la garganta</i> | soothing to irritated throats/coughs
<i>para calmar la toz y para la garganta</i> |
| Water-Jel Burn Spray
<i>Aloe</i> | water based spray for minor burns
<i>para las quemadura menores y del sol</i> |
| Sunscreen lotion
<i>Loción para bloquear el sol</i> | lotion for sun protection
<i>para proteger el piel para que no se queme</i> |

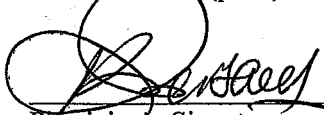
I give my child permission to use the over-the-counter preparations indicated on this form. I have crossed out the items my child should not have.

Yo doy mi consentimiento que mi hijo pueda recibir estos medicamentos que se comparn en la farmacia sin receta. He tachado los medicamentos que no quiero que reciba.

Student's Name (print)

Parent's Name (print)

Parent's Signature



Physician's Signature

**HEALTH HISTORY
HISTORIA DE LA SALUD**

Name of Child _____ Date of Birth _____
Nombre del Niño _____ *Fecha de Nacimiento* _____

Child's Physician _____ Telephone #: _____
Médico del niño _____ *Número Telefónico.* _____

A. Has your child had any of the following? If so, describe briefly with dates:

¿Ha tenido su niño cualquiera de los siguientes? Si ése es el caso, describa brevemente con fechas:

Yes No
Sí No

Allergies ~ <i>Alérgias</i>	_____	_____	_____
Asthma ~ <i>El asma</i>	_____	_____	_____
Chicken Pox ~ <i>Viruelas locas</i>	_____	_____	_____
Dental Problems ~ <i>Problemas dentales</i>	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____
Ear Conditions ~ <i>Condición de oreja</i>	_____	_____	_____
Eye Problems ~ <i>Problemas de vista</i>	_____	_____	_____
Hospitalizations ~ <i>Hospitalizaciones</i>	_____	_____	_____
Seizure disorder ~ <i>El desorden del ataque</i>	_____	_____	_____
Serious illnesses ~ <i>Enfermedades graves</i>	_____	_____	_____
Speech & Language problems ~ <i>Problemas de habla e idioma</i>	_____	_____	_____
Injury (Broken bones, etc.) ~ <i>Heridas (huesos rotos, etc.)</i>	_____	_____	_____

B. Is your child currently taking any medications?

¿Toma actualmente su niño cualquier medicamentos? Yes ~ Sí _____ No _____

Please list ~ Por favor liste _____

C. Is there any condition that limits classroom, playground, physical education, or vigorous activities? ~

¿Existe cualquier condición que limita las actividades de aula, el campo de juegos, la educación física, o actividades vigorosas?

Yes ~ *Sí* _____ No _____ Describe _____

Additional comments and/or concerns: ~ *Los comentarios adicionales y/u otra cosa que concierne:* _____

I am aware that my child needs to have had a physical within the last twelve months of entering school. If my child doesn't have a current physical I understand that I must schedule him/her for a physical within 30 days of enrollment. ~ *Yo estoy enterado que es necesario que mi hijo/hija haya tenido un conocimiento físico entre el día de empezar en la escuela y doce meses después. Si mi hijo/hija no ha tenido un conocimiento físico, entiendo que necesito hacer una cita para un conocimiento físico dentro de 30 días de matricular.*

Parent/Guardian Signature ~ *Firma de el padre/ de guardián*

Date ~ *La fecha*

**Sodus Central School District
Comité de Educación Especial
Student Services
PO Box 220
Sodus, NY 14551**

Consentimiento de Medicaid

Date _____

Parent/Guardian: _____
Address: _____

Student Name: _____
DOB: _____
CIN #: _____

La presente es para solicitar su permiso (consentimiento) para facturarle a su Programa de Seguros Medicaid, o al de su hijo, por la educación especial y los servicios relacionados que forman parte del programa de educación personalizada de su hijo (IEP).

Este consentimiento permite que el distrito escolar facture los servicios cubiertos relacionados con la salud y que divulgue, con este propósito, información al Agente de facturación de Medicaid del distrito escolar.

Yo, _____ como padre (madre)/tutor de _____, recibí una notificación escrita del distrito escolar que explica los derechos federales que están relacionados con el uso de beneficios públicos o de seguro para el pago de cierta educación especial y servicios relacionados.

Comprendo y acepto que el distrito escolar podría tener acceso a Medicaid para que pague por la educación especial y los servicios relacionados que se le prestan a mi hijo.

Comprendo que:

- el dar mi consentimiento no tendrá ninguna consecuencia para la cobertura de Medicaid de mi hijo o mía.
- a solicitud, puedo revisar las copias de los registros divulgados como resultado de esta autorización;
- los servicios enumerados en el IEP de mi hijo, deben prestarse sin costo alguno para mí, independiente de si doy o no mi consentimiento para que se le facture a Medicaid;
- tengo derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento; y
- el distrito escolar deberá entregarme una notificación escrita de los derechos relacionados con este consentimiento.

También doy mi consentimiento para que el distrito escolar divulgue la siguiente información, o los registros sobre mi hijo, a la Agencia estatal de Medicaid con propósitos de facturación de educación especial y servicios relacionados que forman parte del IEP de mi hijo. Se compartirán los siguientes registros.

Registros que se compartirán (tal como registros o información sobre los servicios que recibe su hijo)	
IEP	Reporte de Administración de Medicación
Orden Escrita/Referencia	Registro de Transportación Especial
Reportes de Evaluación	Otra Información Identificación Personal
Notas de Sesión	Cualquier Otros Archivos Especificos Pertinentes a los Servicios o Programa del Estudiante

Doy mi consentimiento voluntario y comprendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. También comprendo que el derecho de mi hijo de recibir educación especial y servicios relacionados no depende de que yo otorgue este consentimiento y que, independientemente de mi decisión de otorgar este consentimiento, a mi hijo se le prestarán todos los servicios requeridos en el IEP, sin costo alguno.

Firma de Padre/Madre/tutor: _____

Nombre de letra de molde: _____ Fecha: _____



Sodus Central School District
P.O. Box 220
Sodus, New York 14551-0220
www.soduscscsd.org



"Committed to Excellence and Dedicated to Success"

District Office

(315) 483-4755 - fax

Nelson Kise

Superintendent

(315) 483-5201 - phone

Heather Uetz, Ed.D

Assistant Superintendent

for Curriculum &

Instruction

(315) 483-5234 - phone

Steven K. Moore

Business Administrator

(315) 483-5283 - phone

Jessica Bailey

Director of Student

Services

(315) 483-5208 - phone

(315) 483-5248 - fax

Jr/Sr High School

(315) 483-6168 - fax

Gene Hoskins

Principal

(315) 483-5280 - phone

Scott Hassall

Assistant Principal

(315) 483-5261 - phone

Intermediate School

(315) 483-5291 - fax

Ellen Lloyd, Ed.D

Principal

(315) 483-5242 - phone

Elementary School

(315) 483-5292 - fax

Michael Sereno

Principal

(315) 483-5282 - phone

Transportation Office

(315) 483-5290 - fax

Robert Galloway

Transportation Supervisor

(315) 483-5273

Estimados padres:

Queremos reconocer los logros de los alumnos y del personal docente para cultivar un ambiente de celebración. Por eso tenemos planeado compartir fotos y grabaciones de eventos que toman lugar en las escuelas con los periódicos, publicaciones del distrito, el sitio web del distrito, materiales de promoción, reportes de la televisión, Facebook, y Twitter. A las familias y a la comunidad les gusta ver fotos de los niños participando en los eventos. Si usted NO QUIERE que el nombre de su hijo aparezca o si NO QUIERE que su foto aparezca públicamente debe mandar una nota al director de la escuela donde asista su hijo. La nota debe tener la fecha, su petición que no se use ninguna foto de su hijo, y su firma. Si usted tiene una pregunta, por favor, no dude en llamar.

Sinceramente,

Nelson Kise

Superintendente de las escuelas de Sodus

Nurtured by the influence of a diverse community, our district is committed to the success of every student. We will support our students in developing the skills and strategies needed to achieve academic excellence and to become respectful, responsible, kind citizens of a global society. We are dedicated to sustaining an environment that fosters a joy for life and continued learning.



Sodus Central School District
P.O. Box 220
Sodus, New York 14551-0220
www.soduscsd.org



"Committed to Excellence and Dedicated to Success"

District

Office

(315) 483-4755 - fax

Nelson Kise
Superintendent
(315) 483-5201 - phone

Heather Vetz, Ed.D
Assistant Superintendent
for Curriculum &
Instruction
(315) 483-5234 - phone

Steven K. Moore
Business Administrator
(315) 483-5283 - phone

Jessica Bailey
Director of Student
Services
(315) 483-5208 - phone
(315) 483-5248 - fax

Jr/Sr High School

(315) 483-6168 - fax

Gene Hoskins
Principal
(315) 483-5280 - phone

Scott Hassall
Assistant Principal
(315) 483-5261 - phone

Intermediate School

(315) 483-5292 - fax

Ellen Lloyd, Ed.D
Principal
(315) 483-5242 - phone

Elementary School

(315) 483-5292 - fax

Michael Sereno
Principal
(315) 483-5282 - phone

Transportation Office

(315) 483-5290 - fax

Robert Galloway
Transportation Supervisor
(315) 483-5273

Reglas del Distrito Escolar 2016-2017

Cada Ausente Llamada a casa

**6% ausente Oct.=2 dias ausente Nov.=3 Dec.=4 Jan.=5 Feb. =6 March=8
April=9 May=10 June=11**

Carta #1 mandado por la oficina

**9% ausente Oct.=3 dias ausente Nov.=5 Dec.=6 Jan=8 Feb.=10 March=12
April=13 May=15 June=16**

**Carta #2 mandado por la oficina y Llamada a casa de parte del consejero.
**Soportes apropiados son ofresidos a la familia (ie: PINS, Academic Victory,
FACT, CPS, Tutoring).****

**15% ausente Sept.=3 dias ausente Oct.=6 Nov.=8 Dec.=11 Jan.=14 Feb.=16
March=19 April=21 May=25 June=27**

**Carta #3 mandado por la oficina pidiendo una junta con el administrador y
consejero. (Si no hay respuesta del padre en 10 dias de que mandaron la
carta, vamos a llamar a casa, por la consejera, para hacer cita con los padres.)
**Los soportes (nombrados arriba) van hacer ofresidos a la familias y también
un aviso posiblemente al PINS oh CPS.****

**22% ausente Sept.=4 dias ausente Oct.=8 Nov.=12 Dec.=16 Jan.=20
Feb.=23 March=28 April=31 May=36 June=40**

**Carta #4 dado en la mano personalmente por un miembro de la escuela.
Soporte ofresido a la familia. CPS seran notificados de los dias ausentes.**

**Por cada dia ausente una llamada sera echa a acasa a la familia disiendo de la
preocupacion y ofresiendo soportes.**

**30% ausente Sept.=5 dias ausente Oct.=11 Nov.=17 Dec.=21 Jan.=27
Feb.=32 March=39 April=43 May=49 June=54**

**Carta #5 y un Seguimiento con las agencias apropiadas con respecto a las
intervenciones.**

Nurtured by the influence of a diverse community, our district is committed to the success of every student. We will support our students in developing the skills and strategies needed to achieve academic excellence and to become respectful, responsible, kind citizens of a global society. We are dedicated to sustaining an environment that fosters a joy for life and continued learning.

Sodus Chronic Absenteeism Framework and Action Plan

Marca Mensualmente

5 Niveles de Absentismo	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Nivel 1 (6%)	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11
Nivel 2 (9%)	2	3	5	6	8	10	12	13	15	16
Nivel 3 (15%)	3	6	8	11	14	16	19	21	25	27
Nivel 4 (22%)	4	8	12	16	20	23	28	31	36	40
Nivel 5 (>30%)	5	11	17	21	27	32	39	43	49	54

Dias por Mes	18	19	18	16	20	15	23	14	21	16
--------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Dias Acumulados	17	37	55	71	91	106	129	143	154	180
-----------------	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----

Plan de Acción de Intervención

Nivel 1 (6%)
Nivel 2 (9%)
Nivel 3 (15%)
Nivel 4 (22%)
Nivel 5 (>30%)

Carta #1 Mandado por la Oficina - Menor "en riesgo"
 Carta #2 Mandado de la Oficina - Mayor "en riesgo"; llamada del grupo de Asesoramiento
 Carta #3- Junta con padre/madre con administrador y miembro del Grupo de Asesoramiento
 Visita en Casa- Carta #4 dado personalmente, Revisión para posible referencia a agencias del condado (PINS, CPS),
 llamada del Grupo de Asesoramiento despues de cada dia ausente
 Carta #5- Llamada y ofresimiento de apoyo. Seguimiento con las agencias del condado (PINS, CPS) para asistencia.

Plan de Acción de Prevención

Llamada a casa cada dia que esta ausente
 mandamos cartas a casa antes del día de la inauguración para informar a las familias de la importancia de asistir a la escuela
 Informacion de Casa Abierta

Recursos

Cada Estudiante Presente: Una Regla del Estado es que hablemos y eliminemos el absentismo crónico
Cada Estudiante, Todos los Dias: Una iniciativa nacional para hablar y eliminar el absentismo crónico
Asistencia Sirve: Absentismo Cronico Sitio web