

Transporte del Distrito

Si un estudiante recibe transporte del distrito, no se le permite caminar a casa. Solo el director puede otorgar permiso para que un estudiante camine a casa y no viaje en el transporte del distrito. Si un estudiante es sorprendido no cumpliendo con este mandato, el transporte del distrito puede ser revocado permanentemente. Además, el comportamiento inapropiado mientras viaja en el transporte del distrito puede resultar en un asiento asignado o en la remoción del transporte por un período de tiempo hasta y incluyendo el resto del año escolar. ***Además, a ningún estudiante se le permite tomar un autobús que no haya sido asignado. Al no hacerlo puede resultar en una consecuencia disciplinaria.***

Autobuses

Transporte: Carol Sicignano (631) 687-6460, csicignano@pmschools.org

Se proporciona transporte en autobús escolar a todos los estudiantes de secundaria que vivan a más de una milla y media de la escuela. Se recuerda a los estudiantes que están bajo la supervisión del conductor del autobús y que se espera una conducta adecuada en todo momento. No se permite fumar en ningún momento. Cualquier violación de las reglas puede resultar en la pérdida de los privilegios del autobús. Durante el curso del año académico, se realizan simulacros de autobús para familiarizar a los estudiantes con los procedimientos de emergencia necesarios. El Transporte de Servicios Especiales está disponible con aprobación previa. Siguen la aplicación y las instrucciones.

Ver la Solicitud de Servicios Especiales en la página siguiente.

**OFICINA DE SERVICIOS INSTRUCTIVOS
ESCUELAS PATCHOGUE-MEDFORD
241 South Ocean Avenue
Patchogue, New York 11772
(631) 687-6350**

SOLICITUD DE SERVICIOS ESPECIALES

TRANSPORTE

Escuela: _____

Grado: _____

Profesor de Aula: _____

Año Académico: _____

Educación Especial: _____

Educación General: _____

Deben completarse todas las secciones de la solicitud. Las entradas deben estar impresas con tinta. Las solicitudes que estén incompletas o en las que no se sigan las instrucciones y direcciones, no serán consideradas.

IDENTIFICACIÓN:

Nombre de Estudiante:

(APELLIDO) (PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE) (FECHA DE NACIMIENTO)

Padre/Tutor: _____
(APELLIDO) (PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

Residencia Legal del Estudiante: _____
(NÚMERO, CALLE, PUEBLO)

DECLARACIÓN DE PADRES/TUTORES

Por favor, ajuste el programa educativo de mi hijo/a para adaptarse a las condiciones incapacitantes enumeradas en la "Declaración del Médico." Entiendo que estas limitaciones deben ser impuestas por los funcionarios de la escuela de Patchogue-Medford.

(Firma de Padre/Tutor)

(Fecha)

DECLARACIÓN DEL MÉDICO DE CONDICIONES INCAPACITANTES

Por favor complete la siguiente información:

Instrucciones: El estudiante mencionado anteriormente está solicitando servicios especiales o modificaciones al programa escolar debido a una condición incapacitante.

Los estudiantes que soliciten servicios en el hogar **no asistirán a su escuela actual.** En lugar del entorno académico regular, el estudiante de secundaria (middle school) o preparatoria (high school) recibirá instrucción en casa en forma de dos horas por semana por materia académica. Los estudiantes de primaria (elementary) recibirán una hora por semana por materia académica.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESTADO DIAGNOSTICADO: _____

FECHA DE INICIO: _____

DURACIÓN PREVISTA DE LA CONDICIÓN: _____

¿QUÉ RESTRICCIONES/LIMITACIONES FÍSICAS SON CAUSADAS POR ESTA CONDICIÓN?

A. Los movimientos y actividades que el paciente puede hacer son (incluya el tiempo máximo):

B. Los movimientos y actividades que NO se deben hacer son:

CIRCUNSTANCIAS QUE SON DAÑINOS PARA EL PACIENTE (condiciones climáticas, época del año, etc.) _____

HAGA UNA LISTA DE TODOS LOS MEDICAMENTOS RECETADOS: _____

¿HAN SIDO AVISADOS A LOS PADRES O TUTORES ALGUNOS EXAMEN O TRATAMIENTO MÉDICO QUE PUEDE SER NECESARIO? SI ES ASÍ, INDIQUE A QUIÉN SE HA REFERIDO EL PACIENTE.

Sello del Médico Aquí:

Firma del Médico: _____

Dirección: _____

Fecha de Examinación: _____

RECOMENDACIÓN DEL DIRECTOR Y EL PERSONAL DE LA ESCUELA

El niño/a nombrado en esta solicitud es un estudiante registrado y asiste regularmente a esta escuela. Esta solicitud, que incluye una "Declaración del Médico" completa, ha sido revisada por los miembros del personal de la escuela según lo certificado por sus firmas a continuación. **Se recomienda que los siguiente servicios especiales y restricciones se proporcionarán:**

Firma del Director: _____ Fecha: _____

Firma de la Enfermera: _____ Fecha Aprobada: _____

Lesión: _____ Enfermedad: _____ Otro: _____

Recomendación del Asistente al Superintendente: _____

Firma del Asistente al Superintendente: _____ Fecha: _____

Aprobación/Firma del Superintendente: _____ Fecha: _____

RECOMENDACIÓN DEL COMITÉ DE EDUCACIÓN ESPECIAL:

Las condiciones incapacitantes requieren la prestación de los siguientes servicios: _____

Presidente, Comité de Educación Especial: _____

Fecha de la Reunión del Comité de Educación Especial: _____

SUSTANCIACIÓN DEL MÉDICO DESIGNADO POR LA ESCUELA (Si es Requerido)

Como médico designado por las Escuelas de Patchogue-Medford para servir como su médico oficial representante, revisé esta solicitud, realicé un examen médico de este niño, y SÍ _____, NO _____ encuentre evidencia médica para corroborar la condición incapacitante.

Comentarios: _____

Escriba el Nombre: _____ M.D. Fecha: _____

Firma: _____ M.D. Fecha: _____