



Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante
Página 1 de 14

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? *Persona de origen o cultura Mejicana, 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 en los habitantes de Norteamérica y que conserva identidad cultural a través de afiliación de tribu o por reconocimiento comunitario.*

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

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

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

Nativo de Hawai 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/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____



Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante
Página 2 de 14

Student ID# _____

El Estudiante Vive Con: Por Favor Marcar una Casilla

- Ambos Padres Madre sólo Padre sólo Madre/Padrastra
 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: _____

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ **Fecha:** _____



Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante
 Página 3 de 14

Student ID# _____

Padre/Madre que No Vive con el Estudiante

Nombre y Apellido: _____

Relación con el Estudiante: _____ Guardián Legal Sí No

Dirección: _____

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

Email: _____

Información Adicional: _____

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: _____

Nombre Completo del Estudiante:	_____		
	Apellidos	Nombre	Segundo Nombre

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

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____



Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante
Página 4 de 14

Student ID# _____

Hermanos

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/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____



Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante
 Página 5 de 14



The University of the State of New York • The State Education Department • Office of Bilingual Education
 Albany, New York 12234

CUESTIONARIO SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR
 ("Home Language Questionnaire, HLQ") – Spanish

Estimado Padre/Madre o Guardián:
Para poder ofrecer a su hijo(a) la mejor educación posible, necesitamos determinar cuán efectivamente él o ella entiende, habla, lee y escribe el idioma inglés. Su ayuda será apreciada si contesta estas preguntas.
Gracias.

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL ESCOLAR (TO BE COMPLETED BY SCHOOL PERSONNEL)

DISTRITO (District) IMPRIMA O ESCRIBA CLARAMENTE (Please print or type clearly)

ESCUELA (School) GRADO (Grade)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Student Name)

FECHA DE NACIMIENTO (Date Of Birth) Mes (Month) Día (Day) Año (Year)

NUMERO DE IDENTIFICACION DEL ESTUDIANTE (Student Identification Number)

PAIS NATALO ASCENDENCIA (Country of Birth/ Ancestry)

NUMERO DE AÑOS MATRICULADO EN ESCUELA(S) FUERA DE LOS EU. (Number of years enrolled in school outside the U.S.)

NOMBRE/ POSICION DEL PERSONAL ESCOLAR LLENANDO ESTA SECCION (Name/ Position School Personnel Completing This Section)

DETERMINACION: (Determination) Posiblemente LEP (Possibly LEP) Dominante en Inglés (English Proficient)

(✓ Marque las casillas que aplican)

- ¿Qué idioma(s) se habla en el hogar o residencia del estudiante? Inglés Español Otro (Especifique cuál)
- ¿En qué idioma(s) se le habla al estudiante la mayor parte del tiempo en el hogar o residencia? Inglés Español Otro (Especifique cuál)
- ¿Qué idioma(s) entiende el estudiante? Inglés Español Otro (Especifique cuál)
- ¿Qué idioma(s) habla el estudiante? Inglés Español Otro (Especifique cuál)
- ¿En qué idioma(s) lee el estudiante? Inglés Español Otro No lee (Qué idioma)
- ¿En qué idioma(s) escribe el estudiante? Inglés Español Otro No escribe (Qué idioma)
- ¿En su opinión, qué tan bien el estudiante entiende, habla, lee y escribe inglés?

	Muy bien	Un poco	Nada
Entiende Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habla Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lee Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escribe Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del Padre/Madre/Guardián/Otro (Signature of Parent/Guardian/Other) Mes (Month) Día (Day) Año (Year)
 Fecha (Date) HLQ (2/01) 10-337 PM

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____



Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante
Página 6 de 14

Student ID# _____

Evaluación de Idioma

¿Cuál fue el primer idioma que el estudiante aprendió a hablar?

Inglés Español Arabe Otro – por favor especifique _____

¿Contestó a la respuesta anterior con un idioma DISTINTO del Inglés? Sí No

¿Los padres/guardianes utilizan regularmente un idioma DISTINTO del Inglés? Sí No

Si contestó Sí, especifique- Inglés Español Arabe Otro – por favor especifique _____

El estudiante habla:

Nada de Inglés Un poco de Inglés Otro Idioma y el Inglés por Igual Sobre todo Inglés o Sólo Inglés

Información de los Servicios Especiales

¿Está recibiendo su hijo servicios de educación especial? Sí No

¿Tiene su hijo actualmente un Plan 504? Sí No

Si contestó **sí**, por favor indique si está relacionado con: Los Estudios La Salud

¿Estaba su hijo en algún programa de niños Dotados o Talentosos? Sí No De ser **Sí**, indique cual _____

¿Ha recibido su niño alguna vez Apoyo Académico, individual o en grupo? Sí No

¿Recibe su niño algún otro servicio (Refuerzo en Lectura, etc.)? Sí No

Si contestó **sí**, por favor indique _____

¿Participa su niño en algún deporte? Sí No Si contestó **sí**, por favor indique _____

¿Tiene su niño alguna alerta médica? Sí No Si contestó **sí**, por favor explique:

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ **Fecha:** _____



CITY SCHOOL DISTRICT OF PEEKSKILL

Uriah Hill Elementary School, 980 Pemart Avenue • Peekskill, NY 10566
 fmiranda@peekskillcsd.org (914) 739-0682 ext. 246 FAX: (914) 737-0113

Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante

Página 7 de 14

Student ID# _____

Información de la Escuela Anterior

Ultima Escuela donde Asistió: _____

Grado: _____ Año Escolar: _____ Ciudad _____ Estado: _____

¿Ha asistido alguna vez el niño a una escuela en USA durante 3 años? Sí No

Escuelas Anteriores donde Asistió (Incluso Preescolar y Guardería):

Nombre de la Escuela	Dirección	Grado	Fechas

Fecha en que comenzó el grado 9: _____
 Mes Año

Escriba cuándo fue la **primera vez** que el estudiante estuvo matriculado en **cualquier escuela en USA**
 ((Incluso el Preescolar y Jardín Infantil):

Mes Año Grado (Preescolar – 12)

Escriba cuándo fue la vez **más reciente** que el estudiante estuvo matriculado en **cualquier escuela en USA**
 ((Incluso el Preescolar y Jardín Infantil):

Mes Año Grado (1 – 12)

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____



Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante
Página 9 de 14

Student ID# _____

Doctor

Nombre y Apellido: _____

Teléfono: _____ Extensión: _____

Hospital: _____

Fecha de la Ultima Visita: _____ Nombre del Dentista _____

En caso de una emergencia, el estudiante será llevado al hospital más cercano y/o si el hospital preferido por los padres no pueda admitir al estudiante, el Personal de Emergencia seleccionará otro hospital.

En caso de no poder contactar con el padre o el guardián legal y de requerir cuidado médico urgente, la escuela llamará al 911. Sin embargo, el Distrito Escolar de Peekskill no se hará responsable económicamente, en ningún caso, de la asistencia médica.

Problemas de Salud

Los Padres/Guardianes son responsables de informar a la enfermera de cualquier padecimiento médico

¿Complicaciones durante el embarazo o parto? (medicamento durante el embarazo, etc.) Sí No

¿Se llevó a término su embarazo (9 meses)? Sí No Peso al nacer: _____ lbs. _____ oz.

¿Usa su niño lentes? Sí No ¿Usa su niño lentillas de contacto? Sí No

Si la respuesta es sí, escriba el nombre del doctor: _____

¿Ha tenido su niño que ver alguna vez a un psicólogo, siquiatra o trabajador social? Sí No

Si la respuesta es sí, explique:

Tenemos autorización para contactar a su doctor, en caso de ser necesario Sí No

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ **Fecha:** _____



Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante
Página 10 de 14

Student ID# _____

Alertas Médicas (Asma, Alergias, etc.)

Alerta Médica 1: _____

Alerta Médica 2: _____

Información

¿Está el niño tomando algún medicamento con regularidad? Sí No

Si la respuesta es sí, indique el tipo de medicamento: _____

¿Padece su hijo alergia a algún medicamento? Sí No

Si la respuesta es sí, indique el tipo de medicamento: _____

Describe la reacción alérgica: _____

El Formulario de Autorización para Dar Medicamentos al estudiante está disponible en la oficina de la escuela. Este formulario debe ser rellenado si el estudiante necesita tomar medicamentos durante el día escolar.

Medicamentos que Toma Actualmente

Nombre	Frecuencia	A qué Hora	Doctor	Motivo

Información de las Vacunas

*La escuela tiene que tener la información de las vacunas del niño antes de que pueda comenzar las clases. En caso de **NO** presentar toda la información de las vacunas, el estudiante **DEBE** ver a la enfermera de la escuela para así completar la matrícula.*

Se le entregará a la Enfermera este formulario cuando haya completado la matrícula.

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ **Fecha:** _____



Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante
Página 11 de 14

Student ID# _____ Se le entregará a la Enfermera este formulario cuando haya completado la matrícula.

Parent/Guardian Informed Consent Form

Suministro de Yoduro de Potasio Durante el Horario Académico En caso de una Emergencia Nuclear

Razón por qué se debe Tomar Yoduro de Potasio

En caso de accidente en una planta de energía nuclear o lo que se conoce como emergencia por radioactividad, puede haber un escape de radioactividad y la posible dispersión de yodo radioactivo en el ambiente. Esta sustancia podría ser inhalada o ingerida, introduciéndose en el tiroides donde podría causar cáncer y/o enfermedad. Los niños y los recién nacidos son los más vulnerables a que esto les suceda. Al tomarse como pastilla, el Yoduro de Potasio (KI) inunda el tiroides con yodo no reactivo e impide que el tiroides absorba la sustancia radioactiva. Yoduro de Potasio deberá darse antes o poco después de haber sido expuesto a la radioactividad. Yoduro de Potasio sólo sirve para impedir que el tiroides absorba el yodo radioactivo.

Efectos Secundarios Posibles de Yoduro de Potasio

El tomar Yoduro de Potasio puede ocasionar los siguientes efectos secundarios: **Trastorno estomacal, Sarpullido, Reacción alérgica**-la reacción puede variar desde leve (sarpullido, sabor metálico, a veces trastorno estomacal y diarrea) hasta aguda (fiebre, dolor en las articulaciones, hinchazón en parte de la cara y cuerpo, y ocasionalmente, falta severa de aliento que requiere atención médica inmediata).

Riegos de Tomar Yoduro de Potasio

Para la mayoría de la gente no hay riesgo al tomar Yoduro de Potasio*. No debe tomarse Yoduro de Potasio si: **Es alérgico al yodo, Padece de la enfermedad de Graves, Padece de cualquier enfermedad del tiroides, Está tomando cualquier tipo de medicina para el tiroides**

* Se les pide a los padres/tutores que contacten al doctor de su niño si tienen preguntas específicas acerca del riesgo de que su niño tome KI antes de devolver este formulario de consentimiento a la enfermera de la escuela.

Suministro de Yoduro de Potasio

Sólo se suministrará Yoduro de Potasio en los siguientes casos:
En caso de una emergencia por radioactividad
Cuando ha sido recomendado por los oficiales de salud pública
Si el padre/tutor firma el formulario de consentimiento para un niño menor de 18 años

Consentimiento Informado: Por favor llene la siguiente información y devuelva a la enfermera de la escuela de su niño.

Nombre del Niño: _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

No doy mi consentimiento para que mi hijo reciba Yoduro de Potasio en caso de una emergencia nuclear

Doy mi consentimiento para que la enfermera escolar o la persona nombrada por ella suministre Yoduro de Potasio a mi hijo.

Nombre y Apellido del Padre/Tutor: _____ Núm. Telf. _____

Dirección de los Padres: _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Si ha dado su consentimiento, ¿puede su hijo tragar pastillas? Sí No

Si no puede, por favor explique abajo:

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____



CITY SCHOOL DISTRICT OF PEEKSKILL

*Uriah Hill Elementary School, 980 Pemart Avenue • Peekskill, NY 10566
fmiranda@peekskillcsd.org (914) 739-0682 ext. 246 FAX: (914) 737-0113*

Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante Página 12 de 14

Esta página esta en blanco intencionalmente.

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____



CITY SCHOOL DISTRICT OF PEEKSKILL

Uriah Hill Elementary School, 980 Pemart Avenue • Peekskill, NY 10566
fmiranda@peekskillcsd.org (914) 739-0682 ext. 246 FAX: (914) 737-0113

Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante Página 13 de 14

Student ID# _____ Se le entregará al Depto. de Transporte este formulario 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 en caso de que el estudiante tenga que ser recogido y llevado diariamente a la parada de autobús (bus stop) cerca de su niñera/cuidadora (daycare):

Nombre Completo de la Niñera: _____

Dirección: _____

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

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____



Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante
Página 14 de 14

Student ID# _____ Se le entregará al Depto. de Transporte este formulario 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 TOME 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 discutido con mi niño/a 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

Nombre del Padre/Guardián: _____

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____



CITY SCHOOL DISTRICT OF PEEKSKILL

Uriah Hill Elementary School, 980 Pemart Avenue • Peekskill, NY 10566
fmiranda@peekskillcsd.org (914) 739-0682 ext. 246 FAX: (914) 737-0113

Release of Information

The registrar of the City School District of Peekskill, New York is requesting all records including academic records, health records, birth certificates, etc. Send these records to the attention of the Registrar.

If the student is receiving Special Education Services, please forward all confidential evaluations (i.e. **PSYCHOLOGICAL, SOCIAL HISTORY, EDUCATIONAL, SPEECH/LANGUAGE, PHYSICAL, etc. including IEP** to the attention of the Director of Special Education.

STUDENT(s) _____ DOB _____

SCHOOL NAME/ADDRESS _____

RECORDS COMING FROM: _____

Phone #: _____ Fax #: _____

IF STUDENT ATTENDS SPECIAL EDUCATION CLASSES, PLEASE LIST ADDRESS AND PHONE # OF SPECIAL EDUCATION OFFICES BELOW:

Phone #: _____ Fax #: _____

Signed Consent for Records: I have been told that in order to protect the limited confidentiality of records, my agreement to obtain or release information is necessary and that this permission is limited for the purposes and to the person listed above, and will be in effect for 1 year after the date of my signature, unless specified. I also understand that I may revoke this authorization in writing except to the extent that action has been taken in reliance thereon. Refusal to sign this authorization will not impact treatment. HIV-related information contained in the parts of the record will not be released through this consent. A separate consent is required to release HIV-related information.

Parent/Guardian Signature

(Date)

SEND RECORDS TO:

Registrar Office
Uriah Hill Elementary School
980 Pemart Avenue
Peekskill, NY 10566
Phone (914) 739-0682
Fax (914) 737-0113

If Special Education:
CSE/CPSE Chairperson
Peekskill City Schools
1031 Elm Street
Peekskill, New York 10566
Phone (914) 737-1330
Fax (914) 788-7584