

Estimadas familias de BEES:

Les damos la bienvenida al año escolar 2026-2027 en Brooklyn Environmental Exploration School. En BEES, nuestra visión es sencilla: los estudiantes aprenden, son felices y están seguros. El lema de este año, Better Because of Us (Mejores gracias a nosotros), nos recuerda que cada estudiante, familia y miembro del personal fortalece nuestra comunidad.

Complete todas las páginas marcadas DEVUELVA A LA OFICINA PRINCIPAL o DEVUELVA A LA ENFERMERÍA ESCOLAR y envíe el paquete grapado con su hijo lo antes posible. Conserve las páginas marcadas PARA CONSERVAR EN CASA. Complete un paquete por cada estudiante. Comuníquese con la Oficina Principal si necesita ayuda.

Esperamos compartir con ustedes un año alegre, seguro y exitoso.

Atentamente,

Craig Garber, Director

INSTRUCCIONES RÁPIDAS

- Devuelva las páginas indicadas a la Oficina Principal o a la Enfermería.
- Conserve en casa las páginas informativas y el calendario.
- Las páginas en blanco protegen los documentos al imprimir a doble cara.

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Separador para impresión a doble cara - no complete ni devuelva

Reverso de: Carta del Director



INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Si llenó la información en la cuenta NYC Schools:

- Este tutor puede: ☐ Ser contactado en caso de emergencia ☐ Recoger al estudiante ☐ Recibir correspondencia de la escuela
(marque todo lo que corresponda).

Este tutor puede: ☐ Ser contactado en caso de emergencia ☐ Recoger al estudiante ☐ Recibir correspondencia de la escuela
(marque todo lo que corresponda).

CONTACTOS PARA EMERGENCIAS

SOLO PODRÁN RECOGER AL ESTUDIANTE LAS PERSONAS CUYOS NOMBRES APARECEN EN ESTA TARIETA.

Nombre	Correo electrónico	Teléfono	Parentesco

T&I 33065 (Spanish)

NO TIENEN AUTORIZADO EL ACCESO

Indique aquí si hay alguna persona que **NO DEBE TENER ACCESO** al estudiante:
Entregue copia de la orden de protección a la escuela.

Nombre	Parentesco	¿Existe una orden de protección?	Fecha de vigencia de la orden judicial
		☐ Sí ☐ No	

INFORMACIÓN SOBRE SALUD

Nombre del médico o clínica: _____ Teléfono _____

- ☐ Alergólogo/inmunólogo ☐ Cardiólogo ☐ Dermatólogo ☐ Especialista en el desarrollo y la conducta
☐ Neurólogo ☐ Neumólogo ☐ Otro _____

Alerta de salud

¿Tiene el estudiante algún problema de salud que pueda afectar su participación en actividades físicas? ☐ Sí ☐ No

Limitaciones _____

(p. ej., subir escaleras, participar en educación física)

Diagnósticos conocidos (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Asma ☐ Convulsiones ☐ Alergias/Anafilaxia ☐ Diabetes ☐ Ninguno ☐ Otro _____

Alergias (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Lácteos ☐ Huevos ☐ Maní (cacahuete) ☐ Frutos secos (otras nueces) ☐ Pescado
☐ Mariscos ☐ Soya ☐ Trigo ☐ Otro _____

Mi hijo (marque con una "X" lo que corresponda): ☐ Tiene seguro médico privado ☐ Tiene Medicaid ☐ No tiene seguro médico
Si marcó "No tiene seguro médico", ¿está dispuesto a compartir la información de contacto de esta tarjeta para recibir información sobre opciones de seguro? ☐ Sí ☐ No

Se entiende que, si ocurre una emergencia, prevalecerá el criterio de las autoridades escolares.
Respetaremos las indicaciones del padre en la medida de lo posible.

HERMANOS

Apellido del hermano	Nombre del hermano	Escuela a la que asiste el hermano

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

- ☐ Al marcar esta casilla, acepto que padres líderes voluntarios elegidos a nivel de la escuela, el distrito o la Ciudad se comuniquen conmigo con respecto a eventos, novedades y otros asuntos relacionados con mi comunidad educativa.
☐ Al marcar esta casilla, acepto que se le divulgue mi información de contacto a padres líderes voluntarios elegidos a nivel de la escuela, el distrito o la Ciudad, de tal manera que se comuniquen conmigo para ponerme al día sobre eventos y otros asuntos relacionados con mi comunidad educativa.

Todos los cambios en la información de esta tarjeta se comunicarán por escrito al director de la escuela

Firma del padre o tutor

PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE / FOR OFFICE USE ONLY

Esta sección la debe llenar el personal escolar únicamente. / To be completed by school staff only.

Grade _____ Class _____ Room No. _____ Teacher _____

List below contacts made for emergency, illness or injury.

Relevant records from Health Record _____

Date	Contact	Reason	Disposition

Complete un formulario por estudiante. Complementa el Formulario de contactos para emergencias.

Nombre del estudiante _____ Clase _____

Nombre preferido _____ Idioma del hogar _____

PLAN HABITUAL DE SALIDA

- ☐ Mi hijo puede salir solo al terminar el día escolar.
- ☐ Un adulto autorizado en el formulario de emergencia debe recoger a mi hijo.
- ☐ Mi hijo sigue otro plan habitual descrito a continuación.

Información de salida con hermanos (nombre, clase y plan)

Información importante que BEES debe conocer de inmediato

Incluya información médica, de movilidad, custodia o seguridad. Entregue las órdenes médicas a la enfermería.

Mejor manera de comunicarse con nuestra familia

- ☐ Llamada ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico ☐ TalkingPoints

Nombre del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Firma _____ Teléfono _____

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Separador para impresión a doble cara - no complete ni devuelva

Reverso de: Información familiar y plan de salida

Formulario de examen médico para niños y adolescentes

La página siguiente es el formulario oficial CH-205 de NYCPS. NYCPS publica este formulario médico estándar en inglés para que lo complete el proveedor de atención médica. Use esta guía en español para comprender el proceso; no escriba solamente en esta guía.

LA FAMILIA COMPLETA

- Apellido, nombre y segundo nombre del estudiante
- Fecha de nacimiento, sexo, dirección y escuela
- Nombre y teléfonos del padre, madre o tutor
- Información del seguro médico

EL PROVEEDOR MÉDICO COMPLETA

- Antecedentes médicos, alergias, medicamentos y restricciones alimentarias
- Examen físico, visión, audición, pruebas y desarrollo
- Fechas de vacunación y recomendaciones
- Firma, licencia e información de contacto del proveedor

ENTREGA

- Devuelva el CH-205 oficial completo a la Enfermería Escolar de BEES.
- La falta del CH-205 por sí sola no excluye al estudiante de la escuela.
- Hable con la enfermería si necesita ayuda para obtener un examen físico.

IMPORTANTE

Esta guía es una ayuda de traducción de BEES. El proveedor debe completar y firmar el CH-205 oficial.



TO BE COMPLETED BY THE PARENT OR GUARDIAN

Child's Last Name		First Name		Middle Name		Sex ☐ Female ☐ Male	Date of Birth (Month/Day/Year) ____/____/____	
Child's Address				Hispanic/Latino? ☐ Yes ☐ No	Race (Check ALL that apply) ☐ American Indian ☐ Asian ☐ Black ☐ White ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Other _____			
City/Borough		State	Zip Code	School/Center/Camp Name		District Number ____	Phone Numbers Home _____ Cell _____ Work _____	
Health insurance ☐ Yes (including Medicaid)? ☐ No		☐ Parent/Guardian Last Name ☐ Foster Parent		First Name		Email		

TO BE COMPLETED BY THE HEALTH CARE PRACTITIONER

Birth history (age 0-6 yrs) ☐ Uncomplicated ☐ Premature: _____ weeks gestation ☐ Complicated by _____ Allergies ☐ None ☐ Epi pen prescribed ☐ Drugs (list) _____ ☐ Foods (list) _____ ☐ Other (list) _____ Attach MAF if in-school medications needed		Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following? ☐ Asthma (check severity and attach MAF): ☐ Intermittent ☐ Mild Persistent ☐ Moderate Persistent ☐ Severe Persistent If persistent, check all current medication(s): ☐ Quick Relief Medication ☐ Inhaled Corticosteroid ☐ Oral Steroid ☐ Other Controller ☐ None Asthma Control Status ☐ Well-controlled ☐ Poorly Controlled or Not Controlled ☐ Anaphylaxis ☐ Seizure disorder ☐ Behavioral/mental health disorder ☐ Speech, hearing, or visual impairment ☐ Congenital or acquired heart disorder ☐ Tuberculosis (latent infection or disease) ☐ Developmental/learning problem ☐ Hospitalization ☐ Diabetes (attach MAF) ☐ Surgery ☐ Orthopedic injury/disability ☐ Other (specify) _____ Explain all checked items above. ☐ Addendum attached. Medications (attach MAF if in-school medication needed) ☐ None ☐ Yes (list below) _____ _____ _____ _____																				
PHYSICAL EXAM Date of Exam: ____/____/____ Height _____ cm (____ %ile) Weight _____ kg (____ %ile) BMI _____ kg/m ² (____ %ile) Head Circumference (age ≤2 yrs) _____ cm (____ %ile) Blood Pressure (age ≥3 yrs) _____ / _____		General Appearance: ☐ Physical Exam WNL <table><tr><td><i>Ni Abnl</i> ☐ Psychosocial Development</td><td><i>Ni Abnl</i> ☐ HEENT</td><td><i>Ni Abnl</i> ☐ Lymph nodes</td><td><i>Ni Abnl</i> ☐ Abdomen</td><td><i>Ni Abnl</i> ☐ Skin</td></tr><tr><td>☐ Language</td><td>☐ Dental</td><td>☐ Lungs</td><td>☐ Genitourinary</td><td>☐ Neurological</td></tr><tr><td>☐ Behavioral</td><td>☐ Neck</td><td>☐ Cardiovascular</td><td>☐ Extremities</td><td>☐ Back/spine</td></tr></table> Describe abnormalities: _____ _____ _____						<i>Ni Abnl</i> ☐ Psychosocial Development	<i>Ni Abnl</i> ☐ HEENT	<i>Ni Abnl</i> ☐ Lymph nodes	<i>Ni Abnl</i> ☐ Abdomen	<i>Ni Abnl</i> ☐ Skin	☐ Language	☐ Dental	☐ Lungs	☐ Genitourinary	☐ Neurological	☐ Behavioral	☐ Neck	☐ Cardiovascular	☐ Extremities	☐ Back/spine
<i>Ni Abnl</i> ☐ Psychosocial Development	<i>Ni Abnl</i> ☐ HEENT	<i>Ni Abnl</i> ☐ Lymph nodes	<i>Ni Abnl</i> ☐ Abdomen	<i>Ni Abnl</i> ☐ Skin																		
☐ Language	☐ Dental	☐ Lungs	☐ Genitourinary	☐ Neurological																		
☐ Behavioral	☐ Neck	☐ Cardiovascular	☐ Extremities	☐ Back/spine																		
DEVELOPMENTAL (age 0-6 yrs) Validated Screening Tool Used? _____ Date Screened ____/____/____ ☐ Yes ☐ No Screening Results: ☐ WNL ☐ Delay or Concern Suspected/Confirmed (specify area(s) below): ☐ Cognitive/Problem Solving ☐ Adaptive/Self-Help ☐ Communication/Language ☐ Gross Motor/Fine Motor ☐ Social-Emotional or Personal-Social ☐ Other Area of Concern: _____		Nutrition < 1 year ☐ Breastfed ☐ Formula ☐ Both ≥ 1 year ☐ Well-balanced ☐ Needs guidance ☐ Counseled ☐ Referred Dietary Restrictions ☐ None ☐ Yes (list below) _____ <table><tr><th>SCREENING TESTS</th><th>Date Done</th><th>Results</th></tr><tr><td>Blood Lead Level (BLL) (required at age 1 yr and 2 yrs and for those at risk)</td><td>____/____/____</td><td>____ µg/dL</td></tr><tr><td>Lead Risk Assessment (at each well child exam, age 6 mo-6 yrs)</td><td>____/____/____</td><td>☐ At risk (do BLL) ☐ Not at risk</td></tr><tr><td colspan="3">———— Child Care Only ———</td></tr><tr><td>Hemoglobin or Hematocrit</td><td>____/____/____</td><td>____ g/dL ____ %</td></tr></table> Hearing Date Done ____/____/____ Results < 4 years: gross hearing ____/____/____ ☐ NI ☐ Abnl ☐ Referred OAE ____/____/____ ☐ NI ☐ Abnl ☐ Referred ≥ 4 yrs: pure tone audiometry ____/____/____ ☐ NI ☐ Abnl ☐ Referred Vision Date Done ____/____/____ Results <3 years: Vision appears: ____/____/____ ☐ NI ☐ Abnl Acuity (required for new entrants and children age 3-7 years) ____/____/____ Right ____/____/____ Left ____/____/____ ☐ Unable to test Screened with Glasses? ☐ Yes ☐ No Strabismus? ☐ Yes ☐ No Dental Visible Tooth Decay ☐ Yes ☐ No Urgent need for dental referral (pain, swelling, infection) ☐ Yes ☐ No Dental Visit within the past 12 months ☐ Yes ☐ No						SCREENING TESTS	Date Done	Results	Blood Lead Level (BLL) (required at age 1 yr and 2 yrs and for those at risk)	____/____/____	____ µg/dL	Lead Risk Assessment (at each well child exam, age 6 mo-6 yrs)	____/____/____	☐ At risk (do BLL) ☐ Not at risk	———— Child Care Only ———			Hemoglobin or Hematocrit	____/____/____	____ g/dL ____ %
SCREENING TESTS	Date Done	Results																				
Blood Lead Level (BLL) (required at age 1 yr and 2 yrs and for those at risk)	____/____/____	____ µg/dL																				
Lead Risk Assessment (at each well child exam, age 6 mo-6 yrs)	____/____/____	☐ At risk (do BLL) ☐ Not at risk																				
———— Child Care Only ———																						
Hemoglobin or Hematocrit	____/____/____	____ g/dL ____ %																				
Describe Suspected Delay or Concern: _____ Child Receives EI/CPSE/CSE services ☐ Yes ☐ No		CIR Number _____ Provider Confirmed History of Varicella Disease ☐ Please attach lab reports																				

IMMUNIZATIONS – DATES

DTP/DtAP ____/____/____	Tdap ____/____/____	MMR ____/____/____	Td ____/____/____	Positive IgG	Date
Polio (IPV or OPV if before 4/1/2016) ____/____/____	Varicella ____/____/____	Mening ACWY ____/____/____	Hep A ____/____/____	Hepatitis B	____/____/____
Hep B ____/____/____	Rotavirus ____/____/____	Hep A ____/____/____	Polio 1 ____/____/____	Measles	____/____/____
Hib ____/____/____	Mening B ____/____/____	Polio 2 ____/____/____	Polio 3 ____/____/____	Mumps	____/____/____
PCV ____/____/____	Other ____/____/____			Rubella	____/____/____
Influenza ____/____/____				Varicella	____/____/____
HPV ____/____/____					

ASSESSMENT ☐ Well Child (Z00.129) ☐ Diagnoses/Problems (list) _____ ICD-10 Code _____	RECOMMENDATIONS ☐ Full physical activity ☐ Restrictions (specify) _____ Follow-up Needed ☐ No ☐ Yes, for _____ Appt. date: ____/____/____ Referral(s): ☐ None ☐ Early Intervention ☐ IEP ☐ Dental ☐ Vision ☐ Other _____
--	---

Health Care Practitioner Signature		Date Form Completed ____/____/____		DOHMH ONLY	PRACTITIONER I.D. _____
Health Care Practitioner Name (print) _____ Degree: _____ ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA		Practitioner License No. and State _____ National Provider Identifier (NPI) _____		TYPE OF EXAM: ☐ NAE Current ☐ NAE Prior Year(s) Comments: _____ Date Reviewed: ____/____/____ REVIEWER: _____ FORM ID# _____	
Facility Name		Address _____ City _____ State _____ Zip _____		I.D. NUMBER ____	
Telephone		Fax		Email	



Formulario de autorización para el uso de multimedia por parte del NYCPS

Nombre del estudiante: _____

N.º de identificación estudiantil: _____

Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____

Con mi firma de más abajo, autorizo al Sistema de Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York (*NYC Public Schools*, NYCPS) y a los miembros de la prensa de los eventos del NYCPS para entrevistar, fotografiar y hacer grabaciones de audio y video del estudiante que figura más arriba (el "estudiante"), y para publicar el nombre y la imagen del estudiante, incluyendo cualquier fotografía, grabación de audio y de video en medios impresos, en transmisiones, en plataformas digitales (incluyendo sitios web y cuentas de redes sociales), en aplicaciones y en todas las demás formas de medios de comunicación. Entiendo que cuando el NYCPS organiza un evento público, algunos asistentes podrían tomar sus propias fotografías, videos y audios durante el evento en los cuales podríamos figurar mi hijo o yo, y que dichas fotografías, videos o audios podrían publicarse.

Con mi firma de más abajo, también libero al NYCPS de toda reclamación, demanda y responsabilidad en relación con la autorización anterior.

(Si el estudiante es menor de 18 años):

Nombre del padre o tutor: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

Si el estudiante es mayor de 18 años (el estudiante es quien debe firmar el formulario):

Nombre del estudiante: _____

Firma del estudiante: _____

Fecha: _____

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Separador para impresión a doble cara - no complete ni devuelva

Reverso de: Consentimiento para medios de comunicación

Nombre del estudiante _____

Clase _____

La firma confirma que recibió la información.

TELÉFONOS Y DISPOSITIVOS

Si un estudiante trae un teléfono celular u otro dispositivo personal con internet, BEES lo recoge y guarda durante el día escolar. No se permite usar dispositivos personales durante el día escolar.

UNIFORME

Los estudiantes usan una camiseta de BEES con pantalón caqui y tenis, zapatos o botas. No se permiten Crocs, chancletas ni sandalias. BEES apoyará a las familias que necesiten ayuda con el uniforme.

ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD

La asistencia diaria y puntual es esencial. Las familias deben avisar cuando un estudiante estará ausente o llegará tarde y deben mantener actualizados los contactos de emergencia.

ENTRADA Y SALIDA

El desayuno comienza a las 8:10 a. m.; no llegue antes. Las clases comienzan a las 8:30 a. m. y la salida habitual es a las 2:50 p. m. Las familias deben seguir el plan de salida informado a BEES.

INFORMACIÓN PARA LAS FAMILIAS

La lista de útiles, las noticias y los recursos se publican en brooklynbees.org. Las familias también deben mantener activa su cuenta NYC Schools (NYCSA).

☐ Recibí y revisé las expectativas de BEES indicadas arriba.

Nombre del padre/madre/tutor _____

Fecha _____

Firma _____

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Separador para impresión a doble cara - no complete ni devuelva

Reverso de: Acuse de recibo de la familia



Cheryl Lawrence, MD, FAAP
Medical Director

Office of School Health
30-30 47th Ave.
Long Island City, NY 11101

Agosto de 2026

Estimados padres, madres o tutores,

La Ciudad de Nueva York ha actualizado los requisitos de vacunación para el año escolar 2026-2027. Se adjunta a esta carta una lista con los requisitos de vacunación para el 2026-2027. Las vacunas protegen a los niños de contraer y transmitir enfermedades, y son obligatorias para que los niños puedan asistir a la escuela. La lucha contra el fraude de las vacunas en Nueva York es una prioridad fundamental para proteger la salud pública y la seguridad, y para mantener a los niños seguros frente a enfermedades prevenibles mediante la vacunación.

Antes de que comience el año escolar, deberá presentar un comprobante de vacunación o los resultados de un análisis de sangre que demuestren la inmunidad de su hijo si va a asistir a una guardería o a la escuela. Todos los alumnos, desde guarderías hasta el grado 12, deben cumplir los requisitos para la difteria, el tétanos y la tos ferina (serie primaria o de refuerzo: DTaP para niños menores de 7 años o Tdap para niños de 7 años o mayores); la polio (IPV u OPV, pero la OPV no se tiene en cuenta si se administró después del 1 de abril de 2016); el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR); la varicela; y la hepatitis B.

Los niños menores de 5 años matriculados en guarderías o en preescolar también deben cumplir los requisitos relativos a la vacuna contra la gripe —a más tardar el 31 de diciembre de 2026, aunque preferiblemente cuando esté disponible a principios de otoño— y a las vacunas contra el *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y contra el neumococo conjugado (PCV).

Los niños de los 6.º a 12.º grados también deben cumplir los requisitos para la dosis de refuerzo de la vacuna Tdap (6.º grado) y la vacuna conjugada contra el meningococo (MenACWY) (grados 7.º a 12.º). Los análisis de sangre que demuestren inmunidad frente a la vacuna MMR, la varicela o la hepatitis B también cumplen los requisitos. La inmunidad frente a la polio solo se acepta si existe inmunidad frente a los tres serotipos (1, 2 y 3) y si la prueba se realizó antes de septiembre de 2019.

Tome este verano para revisar el historial de vacunación de su hijo con su proveedor de atención de salud. El proveedor de atención de salud de su hijo podrá indicarle si se requieren dosis adicionales de una o varias vacunas para que su hijo pueda asistir a la guardería o la escuela. Su proveedor puede registrar las dosis de vacunas en el formulario de Examen de Salud Infantil y Adolescente (CH205). Solo los proveedores con licencia en Nueva York, Nueva Jersey o Connecticut están autorizados a completar y firmar un CH205, y deben ser médicos (MD), doctores en medicina osteopática (DO), auxiliares médicos (PA) o enfermeros especializados (NP).

Nota: Si su hijo recibió dosis de vacunas demasiado pronto (antes de la edad mínima), dichas dosis no cuentan para el número de dosis necesarias.

Si tiene alguna pregunta sobre estos requisitos de vacunación para el curso 2026-2027, contacte a la guardería o con la oficina administrativa de su escuela.

Atentamente,

Cheryl Lawrence, MD, FAAP
Directora médica
Oficina de Salud Escolar

¿Está su hijo listo para la guardería o la escuela? 2026-2027 año escolar [Infórmese sobre las vacunas obligatorias en la Ciudad de Nueva York](#)

Todos los alumnos entre 2 meses y 18 años en la ciudad de Nueva York deben obtener las siguientes vacunas para asistir a la guardería o a la escuela. Revise las necesidades de vacunas de su hijo en función de su curso este año escolar. La tabla que figura a continuación muestra el número de dosis válidas que se requieren. El número de dosis de vacunas que necesita su hijo puede variar según su edad y las dosis de vacunas recibidas anteriormente. Es posible que su hijo necesite vacunas o dosis adicionales si padece determinadas condiciones de salud o si las dosis anteriores se le administraron demasiado pronto (no son válidas); la OPV no se tiene en cuenta si se administró después del 1 de abril de 2016. Los análisis de sangre que demuestren inmunidad frente al sarampión, las paperas y la rubéola, la varicela o la hepatitis B también cumplen los requisitos; la inmunidad frente a la polio solo se acepta si el análisis de laboratorio demuestra inmunidad frente a los tres serotipos (1, 2 y 3) y se realizó antes de septiembre de 2019.

Vacunaciones	Cuidado infantil, Head Start, guardería, 2-K, 3-K o preescolar	Jardín de infancia a 5.º grado	Grados 6 a 11	Grado 12
Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP, o Tdap para niños 7 años o mayores) (serie de vacunas primarias o refuerzo)	Cuatro dosis	Cinco dosis (o cuatro dosis solo si la cuarta dosis se recibió a los 4 años o más, o tres dosis solo si el niño tiene 7 años o más y serie se inició a partir del año de edad)	Tres dosis	
Tétanos, difteria, y tos ferina (Tdap) refuerzo			Una dosis (obligatorio de 11 años o más al entrar en grados 6.º a 12.º y cumplirse hasta los 11 años)	
Polio (IPV u OPV, si se administró antes del 1 de abril 2016)	Tres dosis	Cuatro dosis (o tres dosis si la tercera dosis se recibió a los 4 años o más)		
Sarampión, paperas, y rubéola (MMR)	Una dosis	Dos dosis		
Hepatitis B	Tres dosis	Tres dosis	Tres dosis (o dos dosis de la vacuna hepatitis B para adultos, Recombivax HB, si las dosis se recibieron con un intervalo de cuatro meses entre 11 y 15 años)	
Varicela (chickenpox)	Una dosis	Dos dosis		
Meningocócica conjugada (MenACWY)			Grado 6: no applicable Grados 7 a 11: una dosis	Grado 12: Dos dosis (o una dosis si la primera dosis se recibió a los 16 años o más)
Haemophilus influenzae tipo b conjugada (Hib)	Una a cuatro dosis (según la edad del niño y las dosis recibidas anteriormente)			
Neumocócica conjugada (PCV)	Una a cuatro dosis (según la edad del niño y las dosis recibidas anteriormente)			
Influenza (gripe)	Una dosis (2.ª dosis, si necesaria, no es obligatoria para asistir)			

Hable con el proveedor de atención de salud de su hijo si tiene dudas. Para más información, llame al 311 o visite nyc.gov/studentvaccines.



**Health
Department**

**Public
Schools**

Brooklyn Environmental Exploration School

Director Craig Garber | Año escolar 2026-2027 | Better Because of Us

CONTACTO CON BEES

- Oficina Principal: 718-453-3039
- 251 Macdougall Street, Brooklyn, NY 11233
- Sitio web y lista de útiles: brooklynbees.org

HORARIO DIARIO

- El desayuno comienza a las 8:10 a. m.; no llegue antes.
- Las clases comienzan a las 8:30 a. m.
- La salida habitual es a las 2:50 p. m.

MANTÉNGASE CONECTADO

- Use su cuenta NYC Schools para revisar información y completar formularios.
- NYCSA: schoolsaccount.nyc
- Mantenga actualizados teléfonos, correos, idioma y contactos de emergencia.

SALUD

- Envíe registros de vacunas y formularios médicos a la enfermería.
- Informe de inmediato sobre alergias, medicamentos u otras necesidades.

PRIVACIDAD Y DERECHOS

- NYCPS distribuye avisos anuales sobre FERPA, PPRA y privacidad.
- Información: schools.nyc.gov/studentprivacy
- Puede solicitar copias impresas y traducciones en BEES.

DEVUELVA PRONTO LOS FORMULARIOS COMPLETOS

Conserve esta página y el calendario en casa.

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Separador para impresión a doble cara - no complete ni devuelva

Reverso de: Referencia rápida para las familias

Calendario del año escolar 2026–2027

Este es el calendario del año escolar 2026-2027 para todas las escuelas públicas de 3-K a 12.º grado del Sistema de Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York (*NYC Public Schools*, NYCPS). Si su hijo asiste a una escuela privada, parroquial o *charter*, a un Centro de Educación Temprana de la Ciudad de Nueva York (*New York City Early Education Center*, NYCEEC) o un programa de cuidado infantil familiar, comuníquese con la escuela directamente para obtener información sobre el calendario. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Cuando los edificios escolares se cierran debido al mal tiempo o a otras situaciones de emergencia, el NYCPS podría impartir clases a distancia.
- Las fechas de las reuniones de padres y maestros de algunas escuelas en particular podrían ser distintas a las que figuran más abajo. El maestro de su hijo se pondrá de acuerdo con usted para programar la reunión.
- Para efectos de este calendario, las **escuelas primarias** se definen como programas que atienden estudiantes de kínder a 8.º grado, incluyendo escuelas que ofrecen 3-K y prekínder, al igual que aquellas cuyo último grado es 5.º o 6.º. Las **escuelas intermedias** se definen como programas que atienden estudiantes de 6.º a 8.º grado, y las **escuelas secundarias** como programas que atienden a estudiantes de 9.º a 12.º grado. Las **escuelas de 6.º a 12.º** se definen como programas que atienden solo a estudiantes de 6.º a 12.º grado en una misma escuela.

Fecha	Día de la semana	Evento
10 de septiembre	Jueves	Primer día de clases.
21 de septiembre	Lunes	Yom Kipur; no hay clases.
23 de septiembre	Miércoles	Reuniones de padres y maestros en la noche para las escuelas intermedias y escuelas del Distrito 75.
24 de septiembre	Jueves	Reuniones de padres y maestros en la noche para escuelas secundarias, escuelas de kínder a 12.º grado y de 6.º a 12.º grado.
30 de septiembre	Miércoles	Reuniones de padres y maestros en la noche para escuelas primarias y centros de prekínder.
12 de octubre	Lunes	Día de la Herencia Italiana y Día de los Pueblos Indígenas; no hay clases.
3 de noviembre	Martes	Día de elecciones; todos los estudiantes tendrán clases a distancia.
5 de noviembre	Jueves	Reuniones de padres y maestros en la tarde y en la noche para escuelas primarias y centros de prekínder; los estudiantes de estas escuelas saldrán tres horas antes.
11 de noviembre	Miércoles	Día de los Veteranos; no hay clases.
12 de noviembre	Jueves	Reuniones de padres y maestros en la tarde y en la noche para escuelas intermedias y el Distrito 75; los estudiantes de estas escuelas saldrán tres horas antes.
19 de noviembre	Jueves	Reuniones de padres y maestros en la noche para escuelas secundarias, escuelas de kínder a 12.º grado y de 6.º a 12.º grado.
20 de noviembre	Viernes	Reuniones de padres y maestros en la tarde para escuelas secundarias, escuelas de kínder a 12.º grado y de 6.º a 12.º grado; los estudiantes de estas escuelas saldrán tres horas antes.
26 y 27 de noviembre	Jueves y viernes	Receso de Acción de Gracias; no hay clases.
Del 24 de diciembre al 1 de enero	De jueves a viernes	Receso de invierno; no hay clases.

18 de enero	Lunes	Día de Martin Luther King Jr.; no hay clases.
Del 26 al 29 de enero	De martes a viernes	Exámenes Regents
1 de febrero	Lunes	Día de capacitación profesional. Los estudiantes de escuelas secundarias y escuelas de 6.º a 12.º grado no tienen clases; todos los demás, sí tienen clases.
2 de febrero	Martes	Comienza el período de primavera.
Del 15 al 19 de febrero	De lunes a viernes	Receso de mediados de invierno; no hay clases.
3 de marzo	Miércoles	Reuniones de padres y maestros en la tarde y en la noche para escuelas primarias y centros de prekínder; los estudiantes de estas escuelas saldrán tres horas antes.
4 de marzo	Jueves	Reuniones de padres y maestros en la tarde y en la noche para escuelas intermedias y escuelas del Distrito 75; los estudiantes de estas escuelas saldrán tres horas antes.
9 de marzo	Martes	Eid al-Fitr; no hay clases.
18 de marzo	Jueves	Reuniones de padres y maestros en la noche para escuelas secundarias, escuelas de kínder a 12.º grado y de 6.º a 12.º grado.
19 de marzo	Viernes	Reuniones de padres y maestros en la tarde para escuelas secundarias, escuelas de kínder a 12.º grado y de 6.º a 12.º grado; los estudiantes de estas escuelas saldrán tres horas antes.
26 de marzo	Viernes	Viernes Santo, no hay clases.
Del 22 al 30 de abril	De jueves a viernes	Receso de primavera; no hay clases.
12 de mayo	Miércoles	Reuniones de padres y maestros en la noche para escuelas secundarias, escuelas de kínder a 12.º grado y de 6.º a 12.º grado.
13 de mayo	Jueves	Reuniones de padres y maestros en la noche para las escuelas intermedias y escuelas del Distrito 75.
17 de mayo	Lunes	Eid al-Adha; no hay clases.
26 de mayo	Miércoles	Reuniones de padres y maestros en la noche para escuelas primarias y centros de prekínder.
31 de mayo	Lunes	Día de Conmemoración; no hay clases.
8 de junio	Martes	Día administrativo; los estudiantes de 3-K, prekínder, escuelas primarias, escuelas intermedias, escuelas de kínder a 12.º grado y programas independientes del Distrito 75 no tienen clases.
10 de junio	Jueves	Día de Aniversario / Día de la conferencia del canciller para la capacitación del personal; no hay clases.
Del 15 al 18 de junio; del 21 al 25 de junio	De martes a viernes; de lunes a viernes	Exámenes Regents
28 de junio	Lunes	Último día de clases para los estudiantes.