

El Distrito Escolar de Neptune Township

EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL Y VERIFICACIÓN DE DOMICILIO

AVISO IMPORTANTE

La información solicitada en este formulario formará parte del expediente escolar de su hijo/a y será utilizada para la registración y la planificación educacional. Toda la información será considerada estrictamente confidencial.

La información de domicilio es para asegurar que las oportunidades educativas y no educativas ofrecidas por el distrito sean solamente para los residentes de Neptune Township. La información de domicilio es investigada y la falsificación de esta información puede resultar en la acción de las autoridades y el cobro de los gastos de la matrícula.

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL Y DE DOMICILIO

Nombre del estudiante siendo registrado: _____

Todos los siguientes requisitos son necesarios para inscribir a su hijo/a:

1. La partida de nacimiento _____
2. El control de vacunas _____
3. Un examen físico reciente (menos de 12 meses) _____
4. La prueba de ser tutor/a legal (Si procede) _____
5. La prueba de ser padre/madre de crianza (Si procede) _____

Además de lo anterior, usted tiene que proveernos cuatro pruebas de domicilio ***con el nombre del padre o tutor*** y con la dirección de Neptune Township. (Para la registración preescolar, habrá que presentar un recibo, más tres pruebas)

Recibos: Gas _____ Luz _____ Agua _____ Alcantarilla _____ Teléfono (no celular) _____

Automóvil: La licencia de conducir _____ La matrícula de vehículo _____

Hogar: El contrato de alquiler de vivienda _____ El contrato de arrendamiento de vivienda _____
La hipoteca _____ (con firma y fecha)

Otro: El recibo de impuestos _____ El certificado de habitabilidad (C.O. en inglés) _____

Si usted no puede someter las pruebas de domicilio anotadas arriba porque te has mudado recientemente a Neptune o porque estás viviendo con alguien que es residente de Neptune o el/la niño/a vive con un residente de Neptune que no sea el padre o representante, usted tendrá que llenar las planillas de la Inscripción Suplementaria y someter la prueba de domicilio a nombre del dueño o la persona que alquila la casa o apartamento donde vive el/la niño/a. Estas planillas tienen que ser notariadas y de esta manera, su hijo/a podrá asistir a la escuela mientras que llegan los documentos a nombre suyo. Los documentos presentados tienen que ser originales. Nosotros sacaremos copia y luego devolveremos los documentos originales de inmediato.

NO ESCRIBA EN ESTA CAJA

District ID: _____ State ID: _____ District Entry Date: _____

School Entry Date: _____ Program Code: _____ Tuition Code: _____ Sending District: _____

School: _____ Grade: _____ Homeroom: _____ Home School: _____

PARTE A
INFORMACIÓN ESTUDIANTIL Y FAMILIAR

ESTUDIANTE SIENDO REGISTRADO

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección de casa:

Calle: _____ N° de Apto.: _____

Ciudad / Estado / Código postal: _____

Dirección de correo (si es diferente):

Calle: _____ N° de Apto.: _____

Ciudad / Estado / Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino ____ Femenino ____ Grado: _____

Etnicidad (marque uno):

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alascano / Indígena Americano | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Afro Americano | <input type="checkbox"/> Hawaiano / Islas del pacífico |
| <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Multirracial | <input type="checkbox"/> Blanco | |

INFORMACIÓN DEL PADRE/REPRESENTANTE

El/La niño/a vive con (marque uno):

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Padre/Madre | <input type="checkbox"/> Hogar terapéutico |
| <input type="checkbox"/> Representante | <input type="checkbox"/> Familia de crianza |

Apellido del padre: _____ Nombre: _____

Dirección del padre: _____

Teléfono del padre: _____ Teléfono del trabajo: _____

Lugar del trabajo: _____

Apellido de la madre: _____ Nombre: _____

Dirección de la madre: _____

Teléfono de la madre: _____ Teléfono del trabajo: _____

Lugar del trabajo: _____

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE (Se llena si el/la niño/a no vive con sus padres)

Apellido del representante: _____ Nombre: _____

Dirección del representante: _____

Teléfono del representante: _____ Teléfono del trabajo: _____

Tipo de relación: _____

Lugar del trabajo: _____

Si el/la niño/a fue colocado(a) por una agencia estatal con el representante ya mencionado, cual es el:

Nombre de la agencia: _____

¿Han sido revocados los derechos paternos a favor del representante ya mencionado? S _____ N _____

¿Desde qué fecha? _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y DE SALUD (Dos personas de emergencia de no poder localizar a los padres)

Apellido: _____ Nombre: _____

Tipo de relación: _____ Teléfono: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Tipo de relación: _____ Teléfono: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Nombre del dentista: _____ Teléfono: _____

¿Tiene el/la niño/a seguro médico? S _____ N _____

Si tiene, ¿cuál es el nombre de la compañía de seguros? _____

Si no tiene, ¿usted le gustaría información sobre NJ Family Care? S _____ N _____

¿Es su hijo/a elegible para el seguro de Medicaid? S _____ N _____ N°: _____

OTRA INFORMACIÓN

Idioma principal de su hijo/a: _____

Idioma hablado en la casa: _____

Ciudad de nacimiento: _____

Estado de nacimiento: _____

País de nacimiento: _____

Si nació fuera de los Estados Unidos, cuál era la primera fecha este niño atendió a una escuela en los Estados Unidos:

¿Vive la familia en la vivienda pública? S_____ N_____

ETNICIDAD / RAZA – PONLE UN CÍRCULO A LA S(sí) or N(no) POR CADA UNO

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| Hispano/Latino | S | N |
| Indígena Americano / Alascano | S | N |
| Asiático | S | N |
| Afro Americano | S | N |
| Blanco | S | N |
| Hawaiano / Islas del pacífico | S | N |

PARTE B
INFORMACIÓN EDUCATIVA

Se le agradece proveernos las respuestas completas a las siguientes preguntas. La información será utilizada para proveer a su hijo/a el mejor programa instructivo posible.

OTRAS ESCUELAS PÚBLICAS O PRIVADAS ASISTIDO POR ESTE ESTUDIANTE

Escuela / Distrito: _____

Dirección: _____ Grado(s): _____

Escuela / Distrito: _____

Dirección: _____ Grado(s): _____

Escuela / Distrito: _____

Dirección: _____ Grado(s): _____

INFORMACIÓN EDUCATIVA

¿Asistió su hijo/a a un programa preescolar antes de entrar al Kindergarten? Sí_____ No_____

El programa preescolar era de: Mitad del día _____ Día completo _____

Nombre del programa preescolar: _____

¿Alguna vez su hijo/a ha repetido el año escolar? Sí_____ No_____

¿Algún equipo del estudio de niños ha evaluado a su hijo/a? Sí_____ No_____

¿Tiene su hijo/a dificultades del aprendizaje? Sí_____ No_____

¿Estaba su hijo/a en una clase de educación especial o en un salón de recursos? Sí_____ No_____

Explique: _____

¿Vivirá su hijo/a con un pariente/familiar o un amigo mientras que asiste en este distrito escolar?

Sí: _____ No: _____

¿Está él/ella baja libertad condicional por orden judicial? Sí _____ No _____

Nombre del oficial responsable por su libertad condicional: _____

INFORMACIÓN DE LOS PROGRAMAS

Indique con un (√) cualquier programa que su hijo/a haya participado/a

| <u>PROGRAMA</u> | <u>GRADO</u> |
|---|---------------------|
| _____ Programa del mejoramiento de las Habilidades Básicas/ Instrucción en grupo pequeño | _____ |
| _____ Ingles como Segundo idioma / Bilingüe | _____ |
| _____ Dotado y talentoso | _____ |
| _____ Escuela vocacional del condado | _____ |
| _____ Servicios de la Educación Especial (Indique con un (√) todos los que proceden) | |
| _____ La intervención temprana | |
| _____ El apoyo del salón de clase | |
| _____ El remplazó del centro de recursos | |
| _____ Salón de la educación especial | |
| _____ Terapia del habla | |
| _____ Terapia ocupacional / Terapia física | |
| _____ Otro _____ | |
| _____ Anexo está la copia del Plan Educativo Individualizado de mi hijo/a | |

¿Es su hijo/a considerado/a como un “estudiante colocado fuera del distrito”? S_____ N_____

Nombre de la escuela: _____

PARTE C
INFORMACIÓN SOCIAL

RESTRICCIONES SOCIALES

¿Hay algún miembro de la familia o un individuo que **no** está permitido tener el contacto con su hijo/a?

Nombre: _____

¿Por qué? _____

¿Has entregado los documentos judiciales pertinentes? _____

DIRECCIÓN PREVIA

INFORMACIÓN ADICIONAL

Se le agradece cualquier información adicional sobre su hijo/a y sus necesidades educativas, sociales o emocionales.

PARTE D
CERTIFICACIONES Y FIRMAS REQUERIDAS

APARATOS ELECTRÓNICOS Y EL ACCESO AL INTERNET

Como padre o representante de este estudiante, yo certifico que he recibido una copia vigente del *manual de estudiante y padres* del distrito y entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes pautas:

- Los aparatos electrónicos como los teléfonos celulares, las cámaras, los tocadores de CD y DVD, las grabadoras, los radios, los buscapersonas y los apuntadores de láser no están permitidos en la escuela durante el día escolar o cuando el estudiante está participando en una actividad patrocinada por la escuela. Cualquiera de estos artículos encontrado en la escuela será incautado y el estudiante será sujetado a acción disciplinaria.
- El distrito escolar provee el acceso al internet solamente por fines educativos, sin embargo es casi imposible restringir el acceso total a la materia controversial. Estoy de acuerdo en que si mi hijo/a se mete en sitios del internet no educativos, usando las instalaciones y equipos del distrito yo mantendré el distrito escolar de Neptune Township, sus empleados y sus proveedores libre de responsabilidad. También entiendo que el distrito escolar no tiene la responsabilidad del uso del internet de mi hijo/a fuera de la escuela. Que conste por la presente, autorizo al distrito escolar de Neptune Township de dar a mi hijo/a el permiso para acceder al internet.

Firma del padre / representante: _____ Fecha: _____

PERMISO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Indique con un (√) **una** de estas opciones:

_____ Mi hijo/a puede aparecer en todos los eventos de la escuela cubiertos por los medios de comunicación y el internet. (fotos, artículos, etc.)

_____ Mi hijo/a **no puede** aparecer en los eventos de la escuela cubiertos por los medios de comunicación y el internet.

LA CERTIFICACIÓN DE LA REGISTRACIÓN

Como padre/ representante de este estudiante, conste por la presente, pido la inscripción del niño nombrado en el distrito escolar de Neptune Township. Yo certifico que mi hijo/a es elegible para la educación pública gratis en el distrito escolar de Neptune Township debido a la residencia legal adentro del distrito o por un arreglo formal entre el distrito escolar de Neptune Township y otro distrito de nueva jersey. También entiendo que el derecho de mi hijo/a de asistir a una escuela del distrito será investigado, y que la información falsa puede resultar en la expulsión de la escuela y la cobranza de los gastos de la matrícula.

Además doy el permiso de revelar la información del expediente escolar de mi hijo/a a los representantes de las agencias locales, estatales y federales por el propósito único de reclamar el reembolso de Medicaid por los servicios anotados en el plan educativo individualizado de mi hijo/a. (Si procede)

También entiendo que el formulario para el examen físico incluido en este paquete es requerido para la inscripción y hasta que no está sometido y aprobado por la enfermera, mi hijo/a no estará permitido(a) participar en la educación física o los deportes escolares.

Firma del padre/representante: _____ Fecha: _____

NEPTUNE TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT
Central Registration Office
1155 Corlies Avenue
Neptune, NJ 07753
732-776-2000 x3632

Authorization for Release of Records

(La autorización de la entrega de los expedientes escolares)

This form is required for all students transferring from other districts.

(Se requiere llenar este formulario para los estudiantes que están transfiriendo de un distrito escolar a otro)

STUDENT INFORMATION (INFORMACIÓN ESTUDIANTIL)

Name: _____

(Nombre)

Date of Birth: _____ Grade: _____ State ID: _____

(Fecha de nacimiento)

(Grado)

(If the State ID field is blank, please insert the 10-digit number and return a copy of this release with the requested records.)

RECORDS TO BE RELEASED

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cumulative Record Folder | <input type="checkbox"/> Transcript of Grades |
| <input type="checkbox"/> Standardized Test Scores | <input type="checkbox"/> Health Records A 45 |
| <input type="checkbox"/> Attendance Information | <input type="checkbox"/> CST Information |
| <input type="checkbox"/> Discipline Records | <input type="checkbox"/> Gifted & Talented Program |

RECORDS RELEASED FROM (previous school of attendance) (Nombre de la escuela previa)

Name: _____

(Nombre)

Phone: _____

(Teléfono)

Fax: _____

(Nº de Fax)

RECORDS RELEASED TO

PARENT / GUARDIAN PERMISSION (PERMISO DEL PADRE/REPRESENTANTE)

I hereby grant permission for release of the above records. (Conste por la presente, autorizo la entrega de los expedientes escolares)

Signature: _____

(Firma)

Printed Name: _____

(Letra de imprenta)

Date: _____

(Fecha)

**EL DISTRITO ESCOLAR DE NEPTUNE TOWNSHIP
ENCUESTA DE LA SALUD DEL ESTUDIANTE**

Estimados padres/representantes,

Para poder proveer los mejores servicios de salud para su hijo/a, la enfermera de la escuela tiene que saber la historia médica pasada y presente de él/ella. Tus respuestas nos dejará actualizar el archivo medico escolar de su hijo/a.

Indicadores del desarrollo: ¿A qué edad comenzó su hijo/a (anotarlo en meses o años):

_____ Sonreír?

_____ Dar sus primeros pasos?

_____ Decir sus primeras palabras?

_____ Gatear?

_____ Correr?

_____ Jugar con otros niños?

Indique con un (✓) si su hijo/a padece de: (escriba por detrás si se necesita más espacio)

_____ Asma

Comenzó a qué edad: _____

Fecha del último ataque: _____

Con cuánta frecuencia: _____

Medicamento: _____

Plan de acción del asma: _____

_____ Varicela

Fecha: _____

_____ Alergias / Tipo: _____

_____ Hospitalizaciones / Razones: _____

_____ Lesiones serias / Fracturas (Huesos rotos):

Tipo: _____

Fecha: _____

_____ Convulsiones: Tipo: _____

Última vez: _____

_____ Infección de oído frecuente: _____

Pérdida de la audición: _____

_____ Otras condiciones médicas que debemos saber: _____

_____ Medicinas que está tomando actualmente:

Nombre: _____ Dosis: _____

_____ Utiliza lentes

Fecha obtenida: _____

_____ Ninguna enfermedad

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Grado/Nombre de maestro/a _____

Yo le doy mi permiso a la enfermera de la escuela para compartir la información médica de mi hijo/a con el personal y/o los maestros de la escuela. Entiendo que compartiendo esta información es importante para el bienestar de mi hijo/a mientras que está en la escuela.

Firma del padre/ representante _____ Fecha _____

**NEPTUNE TOWNSHIP PUBLIC SCHOOL SYSTEM
SCHOOL HEALTH EXAMINATION**

Student's Name _____ Grade/Homeroom _____
 Address _____ Date of Birth _____
 _____ Telephone No. _____

Name of Parent or Guardian (*circle*)

IMMUNIZATION DATES

PAST DISEASE HISTORY (*circle*)

DPT _____
 Polio _____
 MMR _____ MMR titer results _____
 HIB _____
 Hepatitis B _____
 Flu Vaccine** _____ Pneumococcal (PCV) _____
 Meningococcal Vaccine _____
 Varicella _____
 T.B. _____ Height _____ Weight _____

Allergies (Type): _____ Hepatitis
 Asthma _____ Lyme Disease
 Bronchitis _____ Orthopedic Injuries
 Chicken Pox: date _____ Otitis Media
 Convulsive Disorder _____ Pneumonia
 Diabetes _____ Strep Inf/Scarlet fever
 Frequent Colds _____ Hospitalization: Reason _____
 Heart Disease _____ Surgery: Reason: _____
 Fainting/Syncope _____ Shortness of Breath
 Other _____

BP _____ Pulse _____
 Result of TB Test _____ mm _____; Chest Xray Date _____; INH Therapy _____

**The annual flu vaccine is intended for Pre-school students only and must be given between September and December.

PHYSICIAN'S EXAMINATION

Code to be used by physicians: N - No Abnormality XX - Abnormality

| | | |
|------------------------------------|-----------------|--------------|
| Eyes _____ | Posture _____ | Murmur _____ |
| Visual Acuity: R 20/____ L 20/____ | Feet _____ | Rhythm _____ |
| Ears _____ | Spine _____ | Rate _____ |
| Nose _____ | Hernia _____ | Lungs _____ |
| Throat _____ | Genitalia _____ | Urine _____ |
| Glands _____ | Abdomen _____ | Skin _____ |
| Nutrition _____ | Heart _____ | |

General Condition (Please note you must indicate any restrictions for students with a heart murmur/Asthma/Convulsive Disorder).:

Fitness for Physical Education: Full Activity _____ Limitations or Restrictions _____

Recommendations for school:

Date: _____ 20____ Examining Physician _____

Examining Physician _____
(print or type name)
(signature)

EL DISTRITO ESCOLAR DE NEPTUNE TOWNSHIP
CAMBIO DE DIRECCIÓN / TARJETA DE EMERGENCIA

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial de segundo nombre: _____
Calle: _____ N° de apto.: _____
Ciudad / Estado / Código postal: _____
Escuela: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

| <u>Madre/Representante</u> | <u>Padre/Suplente</u> |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Nombre: _____ | Nombre: _____ |
| Teléfono: _____ | Teléfono: _____ |
| Teléfono del trabajo: _____ | Teléfono del trabajo: _____ |
| Teléfono celular: _____ | Teléfono celular: _____ |
| Correo electrónico: _____ | Correo electrónico: _____ |
| N° de SMS: _____ | N° de TTY: _____ |

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA
(Nombres de dos personas en caso de emergencia)

| <u>Contacto N°1</u> | <u>Contacto N°2</u> |
|----------------------------|----------------------------|
| Nombre: _____ | Nombre: _____ |
| Teléfono: _____ | Teléfono: _____ |
| Tipo de relación: _____ | Tipo de relación: _____ |

EL DISTRITO ESCOLAR DE NEPTUNE TOWNSHIP
TARJETA DE EMERGENCIA ESTUDIANTIL
INFORMACIÓN DE SALÚD

¿Tiene su hijo/a una enfermedad del corazón, diabetes, epilepsia, alergias severas, enfermedad del ojo u oído o una condición crónica?

Anota todos los medicamentos que su hijo/a está tomando actualmente y aquellos que va a tomar durante el día escolar:

Nombre: _____ Dosis: _____

Nombre: _____ Dosis: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

¿TIENE SU HIJO/A SEGURO MÉDICO?

Sí _____ Si tiene, ¿cuál es el nombre de la compañía de seguros? _____

No _____ NJ FamilyCare provee el seguro médico gratis o a bajo costo a niños sin seguro y a ciertos padres de bajos ingresos. Para más información llame al 1-800-701-0710 o visite www.njfamilycare.org para aplicar en línea. Usted tiene mi permiso para dar mi nombre y dirección al programa de NJ FamilyCare para que me contacten acerca del seguro médico.

Firma del padre: _____ En letra de molde: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

El abajo firmante padre/representante del estudiante nombrado se consiente de antemano a cualquier tratamiento y cuidado hospitalario dado al estudiante en el Meridian Health System en el evento que una emergencia se presenta durante las horas de la escuela o durante las actividades de antes o después de la escuela de lo cual, se requiere el tratamiento o cuidado de emergencia.

Se da este consentimiento al pedido del distrito de Neptune Township y el Meridian Health System para que se pueda dar el tratamiento de emergencia rápidamente. Este consentimiento se extiende al Hospital y sus médicos, enfermeras, empleados y oficiales administrativos afiliados.

Yo entiendo que este consentimiento firmado estará en la escuela donde asiste este estudiante y así en caso de emergencia se podrá entregarlo de inmediato al hospital.

Además entiendo que en dado caso que el hospital preste servicios al estudiante en una emergencia, el hospital me llamará enseguida a los teléfonos anotados en la página anterior para informarme de la situación de emergencia y también del tratamiento que están prestando.

Nombre (en letra de molde): _____ Tipo de relación: _____

Firma: _____ Fecha: _____