

**DISTRITO ESCOLAR DE NEPTUNE CITY**

**732-775-5319**

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES Y VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA**

**NOTICIA IMPORTANTE**

**NUEVA INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL SY 2022-2023**

La información solicitada en este formulario pasará a formar parte de los registros escolares oficiales de su hijo y se utilizará para la inscripción y la planificación educativa. Toda la información se considerará estrictamente confidencial.

La información de residencia se utiliza para asegurar que las oportunidades educativas y co-curriculares excepcionales que ofrece el distrito se brinden solo a los residentes de la ciudad de Neptune City. Se investiga la información de residencia, y la falsificación de estos datos puede dar lugar a acciones policiales y cargos de matrícula.

**INFORMACIÓN DE ESTUDIANTE Y RESIDENCIA**

Nombre del alumno que se está registrando: \_\_\_\_\_

Se requiere todo lo siguiente para inscribir a su hijo:

1. Certificado de nacimiento \_\_\_\_\_
2. Registro de vacunación \_\_\_\_\_
3. Examen físico actual \_\_\_\_\_
4. Documentos de tutela legal (si corresponde) \_\_\_\_\_
5. DYFS Foster Parent I.D. Documento (si corresponde) \_\_\_\_\_

Además de lo anterior, debe proporcionar, **en nombre del padre / tutor**, al menos dos de los siguientes que muestren una dirección de Neptune City, para la verificación de residencia:

Facturas de servicios públicos: Gas \_\_\_\_\_ Eléctrico \_\_\_\_\_ Agua \_\_\_\_\_ Alcantarillado \_\_\_\_\_ Teléfono (no celular) \_\_\_\_\_

Automóvil: Licencia de conducir \_\_\_\_\_ Registro automático \_\_\_\_\_

Inicio: Contrato de alquiler \_\_\_\_\_ Arrendamiento \_\_\_\_\_ Hipoteca \_\_\_\_\_ (firmado y fechado)

Otro: Factura de impuestos \_\_\_\_\_ Certificado de ocupación \_\_\_\_\_

Si vive con otra persona y las facturas de servicios públicos no están a su nombre, debe presentar una carta notariada del propietario de la casa que confirme ese hecho y enumere a todas las personas que residen en esa dirección, junto con dos facturas de servicios públicos enviadas a esa dirección. También debe proporcionar documentos a nombre del padre / tutor que muestren la misma dirección, como una factura de seguro o un extracto bancario.

**Los documentos originales deben ser presentados para ser copiados por el personal del distrito. Los originales serán devueltos de inmediato.**

**Indique todos los demás adultos y niños que residen en esta dirección.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿La familia reside en viviendas públicas? Y \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

¿Cuál fue tu dirección anterior? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PARTE A**  
**INFORMACIÓN BÁSICA DEL ESTUDIANTE**

**ESTUDIANTE INSCRITO**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto: - \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Ciudad y estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Este niño vive con (marque uno):  
o Padre o Hogar terapéutico  
o Guardian o Foster Family

**ORIGEN ÉTNICO / RAZA - POR FAVOR CIRCULE Y (sí) o N (no) para cada uno**

Hispano / Latino	Y/ N
Indio Americano / Alaska	Y/ N
Asiático	Y/N
Negro / Afroamericano	Y/N
Blanco	Y/N
Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico	Y/N

**INFORMACIÓN PARA PADRES**

*>> ¡Utilice los mismos números de teléfono para todos los estudiantes en un solo hogar! <<*

Nombre del padre (apellido, primer nombre): \_\_\_\_\_

Dirección del padre: \_\_\_\_\_

Teléfono del acasadel padre: \_\_\_\_\_ Teléfono celular del padre: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador del padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre (apellido, primer nombre): \_\_\_\_\_

Dirección de la madre: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa de la madre: \_\_\_\_\_ Teléfono celular de la madre: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador de la madre: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL TUTOR (completar solo si el niño no reside con un padre)**

Nombre del tutor (apellido, primer nombre):  
\_\_\_\_\_

Dirección del tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono celular de Guardian: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Complete lo siguiente si una agencia estatal ha colocado al niño con el Tutor anterior:

Nombre de agencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Trabajador social: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

**Nombre de contacto # 1** (apellido, primer nombre): \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_

**Nombre de contacto # 2** (apellido, primer nombre): \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD**

¿Este niño tiene seguro de salud? Y \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

¿Es su hijo elegible para Medicaid? Y \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen médico: \_\_\_\_\_

Fecha de la primera inmunización contra la poliomielitis: \_\_\_\_\_

Fecha de la última prueba de plomo: \_\_\_\_\_ Nivel de prueba de plomo: \_\_\_\_\_

¿Su hijo toma algún medicamento?      Sí/ No \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

**PARTE B**  
**INFORMACIÓN EDUCACIONAL**

Proporcione respuestas completas a las siguientes preguntas. La información se utilizará para proporcionar el mejor programa de instrucción posible para su hijo.

**OTRAS ESCUELAS PÚBLICAS O PRIVADAS ASISTIDAS POR ESTE ESTUDIANTE**

Distrito escolar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Grado (s): \_\_\_\_\_

Distrito escolar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Grado (s): \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN EDUCACIONAL**

¿Estaba su hijo matriculado en preescolar antes de ingresar a Kindergarten? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Fue el programa (si lo hubo)? Medio día \_\_\_\_\_ Día completo \_\_\_\_\_

Nombre del programa preescolar: \_\_\_\_\_

¿Su hijo fue retenido o repitió una calificación? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Ha sido evaluado su hijo por un equipo de estudio infantil? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo dificultades de aprendizaje? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Estaba su hijo inscrito en una clase de educación especial o sala de recursos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

¿Cómo calificaría la asistencia escolar pasada de su hijo?

Excelente: \_\_\_\_\_ Bueno: \_\_\_\_\_ Pobre: \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Vivirá su hijo con un pariente o amigo mientras asiste a este distrito escolar? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha suspendido a su hijo de la escuela? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Está él / ella en libertad condicional ordenada? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre del oficial de libertad condicional: \_\_\_\_\_

¿Trabjará su hijo después de la escuela? Sí \_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Ha participado su hijo en atletismo de secundaria mientras era estudiante de secundaria?

**INFORMACIÓN DEL PROGRAMA**

Por favor (✓) cualquiera de los siguientes programas en los que participó su hijo.

PROGRAMA	NIVEL DE GRADO
_____ Programa de mejora de habilidades básicas o instrucción en grupos pequeños	_____

_____ Inglés como segundo idioma / bilingüe	_____
---	-------

_____ Dotados y talentosos	_____
----------------------------	-------

_____ Escuela vocacional del condado	_____
--------------------------------------	-------

\_\_\_\_\_ **Servicios de educación especial (marque todo lo siguiente que corresponda)**

\_\_\_\_\_ Intervención rápida

\_\_\_\_\_ apoyo en clase

\_\_\_\_\_ Reemplazo del centro de recursos

\_\_\_\_\_ clase autónoma

\_\_\_\_\_ Terapia del lenguaje

\_\_\_\_\_ Terapia ocupacional / física

\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Adjunto hay una copia del IEP de mi hijo

¿Está su hijo en una ubicación "fuera del distrito"? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

**PARTE C**  
**INFORMACION SOCIAL**

**IDIOMAS HABLADOS**

¿Qué idioma aprendió su hijo por primera vez a hablar? \_\_\_\_\_

¿Qué idioma habla su hijo con más frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar? \_\_\_\_\_

**¿Ha asistido su hijo a la escuela en algún otro país? En caso afirmativo, ¿cuál es la primera fecha de ingreso a una escuela de EE. UU.?**

**Fecha de ingreso a los Estados Unidos \_\_\_\_\_ Primera fecha de ingreso a la escuela de los Estados Unidos \_\_\_\_\_**

País \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Grados \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Grados \_\_\_\_\_

¿En qué programas de ESL / Bilingües se ha inscrito a su hijo? \_\_\_\_\_

**RESTRICCIONES SOCIALES**

¿Hay algún miembro de la familia o algún individuo al que **no** se le permita tener contacto con su hijo?

Nombre: \_\_\_\_\_

¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

¿Ha presentado documentos judiciales relacionados? \_\_\_\_\_

**PARTE D**  
**OTRA INFORMACIÓN**

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Proporcione cualquier información adicional que no se haya solicitado sobre su hijo y sus necesidades educativas, sociales o emocionales.

---

---

---

---

---

**NOTA ESPECIAL**

El formulario físico de salud del estudiante debe ser completado por un médico para completar la inscripción. Hasta que este formulario sea presentado y aprobado por nuestro personal de enfermería, a su hijo no se le permitirá participar en Educación Física o Atletismo.

**PARTE E**  
**FIRMAS Y CERTIFICACIONES REQUERIDAS**

**ACCESO A INTERNET**

Acuerdo del estudiante

He leído el Reglamento del distrito para el acceso a Internet (adjunto). Entiendo y acepto cumplir con los principios y pautas que contiene.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Acuerdo de los padres  
**(Requerido para todos los padres)**

Como padre o tutor de este estudiante, certifico que he leído el Reglamento del distrito para el acceso a Internet (adjunto). Entiendo que el distrito escolar proporciona acceso a Internet únicamente con fines educativos, pero que puede no ser posible restringir el acceso a todos los materiales controvertidos en Internet. Estoy de acuerdo en mantener al Distrito Escolar de Neptune City, a sus empleados y a sus contratistas inofensivos con respecto al contenido de Internet al que mi hijo accede utilizando las instalaciones y equipos del distrito. También entiendo que el distrito escolar no tiene responsabilidad por el uso de Internet de mi hijo fuera del entorno escolar. Por la presente doy mi permiso al Distrito Escolar de la ciudad de Neptune para permitir que mi hijo acceda a Internet.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PERMISO DE MEDIOS**

Por favor marque **UNO** de los siguientes:

\_\_\_\_\_ Mi hijo/ hija puede aparecer en todos los eventos de cobertura de medios / internet en la Escuela (fotos, artículos, etc.)

\_\_\_\_\_ No deseo que mi hijo / hija aparezca en ningún evento de cobertura de medios / internet en la escuela.

**CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN**

Como padre o tutor de este estudiante, solicito la inscripción del niño nombrado en el Distrito Escolar de Neptune City. Certifico que mi hijo es elegible para una educación pública gratuita en el Distrito Escolar de Neptune City, ya sea en virtud de la residencia legal dentro del distrito o un acuerdo formal entre el Distrito Escolar de Neptune City y otro distrito escolar de Nueva Jersey. También entiendo que se investigará el derecho de mi hijo a asistir a la escuela en este distrito, y que la información de residencia falsificada puede resultar en el retiro del niño y la evaluación de los cargos de matrícula.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR DE NEPTUNE CITY  
210 AVENIDA OESTE DE SYLVANIA  
NEPTUNE CITY, NUEVA JERSEY 07753**

**CONSENTIMIENTO PARA RECUPERAR FONDOS  
DEL GOBIERNO FEDERAL**

El Distrito Escolar de Neptune City participa en el programa federal de Iniciativa de Medicaid de Educación Especial (SEMI). Este programa reembolsa a los distritos escolares locales una parte de los costos de los servicios de educación especial brindados a los estudiantes elegibles para Medicaid.

SEMI trae dinero del gobierno federal a la ciudad de Neptune City para ayudar a pagar una amplia gama de servicios estudiantiles, sin afectar la elegibilidad de su familia para los beneficios o servicios de Medicaid.

Debe firmar este formulario de consentimiento como parte del proceso de inscripción de estudiantes, incluso si su hijo no está inscrito actualmente en un programa de Medicaid.

Este formulario debe completarse, firmarse y devolverse con el paquete de inscripción para que su hijo pueda inscribirse en la escuela. Se requiere un formulario por separado para cada niño inscrito.

El nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_

*Como padre o tutor del niño mencionado anteriormente, doy mi permiso para divulgar información de los registros educativos de mi hijo a representantes de agencias locales, estatales y federales con el único propósito de reclamar el reembolso de Medicaid de los servicios relacionados descritos en el Programa de Educación Individual de mi hijo (IEP) Firmar este formulario no reducirá ningún beneficio de Medicaid al que yo o mi hijo tengamos derecho.*

Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ (impreso)

Dirección: \_\_\_\_\_ (impresión)

Fecha: \_\_\_\_\_ (impresión)

Firma: \_\_\_\_\_

**REGLAMENTOS PARA EL ACCESO A INTERNET**  
**DISTRITO ESCOLAR DE NEPTUNE CITY**  
**Reglamento 6142.10**

La Escuela Pública de Neptune City proporcionará acceso a Internet a todos los estudiantes, profesores y personal. Los estudiantes deben tener permiso de al menos uno de sus padres o tutores para acceder a Internet en la escuela.

El uso de una cuenta de Internet es un privilegio, no un derecho, y el uso inapropiado resultará en medidas disciplinarias por parte de los funcionarios escolares y / o la cancelación de esos privilegios. Las actividades de un estudiante mientras usa Internet en esta escuela deben apoyar la educación y la investigación, y ser coherentes con los objetivos educativos de las Escuelas Públicas de Neptune City. Además, un estudiante que accede a Internet desde un sitio escolar es responsable de todas las actividades en línea que tienen lugar mediante el uso de su comportamiento. Al acceder a las redes o recursos informáticos de otra organización, los estudiantes deben cumplir con las reglas apropiadas para esa red.

Las siguientes acciones (que no son exhaustivas) constituyen un uso inaceptable de Internet, ya sea que el uso se inicie desde la escuela o cualquier otro sitio:

- ♣ uso de lenguaje descortés, abusivo u objetable en mensajes públicos o privados;
- ♣ colocar información ilegal en Internet;
- ♣ usar Internet ilegalmente de manera que viole las leyes o estatutos federales, estatales o locales;
- ♣ usar Internet en la escuela para actividades no relacionadas con la escuela;
- ♣ envío de mensajes que puedan resultar en la pérdida del trabajo o los sistemas del destinatario;
- ♣ enviar cartas en cadena o esquemas piramidales a listas de personas, y cualquier otro tipo de uso que pueda causar congestión de Internet o interferir con el trabajo de otros;
- ♣ uso de Internet con fines comerciales;
- ♣ uso de Internet para cabildeo político;
- ♣ cambiar cualquier archivo de computadora que no pertenezca al usuario;
- ♣ enviar o recibir materiales con derechos de autor sin permiso;
- ♣ dar a sabiendas la contraseña de uno a otros;
- ♣ utilizando la contraseña de otra persona;
- ♣ usar el acceso a Internet para enviar o recuperar material pornográfico, archivos de texto inapropiados o archivos peligrosos para la integridad de la red;
- ♣ eludir las medidas de seguridad en la escuela o en computadoras o redes remotas;
- ♣ intentar obtener acceso a los recursos, programas o datos de otra persona;
- ♣ vandalismo, que es cualquier intento malicioso de dañar o destruir datos de otro usuario en Internet e incluye la carga o creación de virus informáticos;
- ♣ falsificar la identidad de uno a los demás mientras usa Internet;
- ♣ cambiar cualquier archivo de computadora que no pertenezca al usuario.

**DISTRITO ESCOLAR DE NEPTUNE CITY**  
**ENCUESTA DE SALUD ESTUDIANTIL**  
**(Completado por el padre / tutor)**

Estimados padres / tutores;

Proporcione la siguiente información de salud para que nuestra enfermera escolar pueda proporcionar los servicios adecuados para su hijo. Este formulario se colocará en el archivo de salud escolar de su hijo y se tratará de manera **confidencial**.

Indique a continuación si lo siguiente se aplica a su hijo: (use el reverso del formulario si necesita más espacio)

\_\_\_\_\_ Asma

\_\_\_\_\_ de Varicela: Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Alergias

Tipo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Hospitalizaciones

Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Herida grave

Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Infecciones frecuentes del Oído

\_\_\_\_\_ Cualquier otra condición de salud que deberíamos tener en cuenta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Medicamentos actuales de venta libre o recetados

Tipo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Usa anteojos o lentes de contacto Fecha de obtención: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ninguna de las anteriores

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Profesor de grado:** \_\_\_\_\_

Doy mi permiso para que la enfermera de la escuela comparta información sobre la salud de mi hijo con los miembros de la facultad / personal que necesiten saber. Reconozco que compartir esta información es importante para el bienestar de mi hijo mientras asiste a la escuela.

Firma de

Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**NEPTUNE CITY SCHOOL  
STUDENT HEALTH PHYSICAL**

Student's Name \_\_\_\_\_ Grade/Homeroom \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
NEPTUNE CITY, NJ 07753 Telephone No. \_\_\_\_\_

Name of Parent or Guardian: \_\_\_\_\_

**IMMUNIZATION DATES**

DPT \_\_\_\_\_  
 TDAP \_\_\_\_\_  
 Polio \_\_\_\_\_  
 MMR \_\_\_\_\_ MMR Titer Results \_\_\_\_\_  
 HIB \_\_\_\_\_  
 Varicella \_\_\_\_\_  
 MMR \_\_\_\_\_  
 Meningococcal vaccine \_\_\_\_\_  
 Flu Vaccine\*\* \_\_\_\_\_  
 Pneumoccal (PCV) \_\_\_\_\_  
 Hepatitis B \_\_\_\_\_

**PAST DISEASE HISTORY** (circle)

Allergies(type): \_\_\_\_\_  
 Hepatitis \_\_\_\_\_  
 Fainting/Syncope \_\_\_\_\_  
 Asthma \_\_\_\_\_ Lyme Disease \_\_\_\_\_  
 Bronchitis \_\_\_\_\_ Orthopedic Injuries \_\_\_\_\_  
 Chicken Pox:date \_\_\_\_\_ Otitis Media \_\_\_\_\_  
 Convulsive Dis. \_\_\_\_\_ Pneumonia \_\_\_\_\_  
 Diabetes \_\_\_\_\_ Strap Inf/Scarlet fever \_\_\_\_\_  
 Frequent Colds \_\_\_\_\_ Shortness of Breath \_\_\_\_\_  
 Heart Disease \_\_\_\_\_  
 Other \_\_\_\_\_ Surgery: reason \_\_\_\_\_

T.B. \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_  
 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 _____			
Visual Acuity: R20/____ L 20/____	Posture _____	Murmur _____	
Ears _____	Feet _____	Rhythm _____	
Nose _____	Spine _____	Rate _____	
Throat _____	Hernia _____	Lungs _____	
Glands _____	Genitalia _____	Urine _____	
Nutrition _____	Abdomen _____	Skin _____	
Heart _____			

**General Condition:**

Fitness for Physical Education: Full Activity: \_\_\_\_\_ Limitations or Restrictions: \_\_\_\_\_

Recommendations for school: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ 20\_\_

Examining Physician \_\_\_\_\_  
(print or type name)

Examining Physician \_\_\_\_\_  
(Signature)

**Cuestionario de Residencia de Inscripción**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

De conformidad con la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435 y la ley estatal de Nueva Jersey (N.J.S.A. 18A38-1 y 18A: 7B-12), es necesario determinar la residencia de los estudiantes que ingresan al distrito escolar.

1. ¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporal? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

2. ¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas?  
\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si respondió **SÍ** a las preguntas anteriores, complete el resto de este formulario.  
Indique dónde vive actualmente el estudiante:

\_\_\_\_ En un motel / hotel

\_\_\_\_ en un refugio

\_\_\_\_ Instalación de vivienda transitoria

\_\_\_\_ El hogar de la familia / amigo por necesidad

\_\_\_\_ Moverse de un lugar a otro

\_\_\_\_ En un lugar no diseñado para alojamientos para dormir comunes, como un automóvil, parque o campamento

Nombre de los padres / tutores legales: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Dirección anterior: \_\_\_\_\_

Número de teléfono actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

NEPTUNE CITY SCHOOL DISTRICT  
210 W. SYLVANIA AVENUE  
NEPTUNE CITY, NJ 07753  
732-775-5319  
fax: 732-775-4335

**Authorization for Release of Records**

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

**STUDENT INFORMATION**

Name: \_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ State ID#: \_\_\_\_\_

**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                |
| <input type="checkbox"/> Attendance Information   | <input type="checkbox"/> CST Records                   |
| <input type="checkbox"/> Discipline Records       | <input checked="" type="checkbox"/> <b>ALL RECORDS</b> |

**RECORDS RELEASED FROM (previous school of attendance)**

Name: \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

**RECORDS RELEASED TO**

Neptune City Elementary School  
210 West Sylvania Ave  
Neptune City, NJ 07753

**PARENT/GUARDIAN PERMISSION**

I hereby grant permission for release of the above records.

Signature: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

