

DISTRITO ESCOLAR DE NEPTUNE CITY

732-775-5319

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES Y VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA

NOTICIA IMPORTANTE

INSCRIPCIÓN PARA KINDERGARTEN 2020-2021

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 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 est 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.

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

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Reside la familia en vivienda pública? Y _____ N _____

¿Cuál fue tu dirección anterior? _____

PARTE A
INFORMACIÓN BÁSICA DEL ESTUDIANTE

ESTUDIANTE QUE ESTÁ INSCRITO

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

Dirección: _____ Apt: _____

Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: Hombre _____ Mujer _____

Ciudad y estado de nacimiento: _____

País de nacimiento: _____

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

ETNICIDAD / RAZA - POR FAVOR, CÍRCULO - Y (sí) o N (no) para cada

Hispano / Latino Y N

Indio Americano / Alaska Y N

Asiática Y N

Negro / Afroamericano Y N

Blanco Y N

Nativo de Hawai / Islas del Pacífico Y N

Información de los padres

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

Nombre del padre (Apellido, primero): _____

Dirección del padre: _____

Teléfono de la casa del padre: _____ teléfono celular del padre: _____

Teléfono del trabajo del padre: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Empleador del padre: _____

Nombre de la madre (Apellido, Nombre): _____

Dirección de la madre: _____

Teléfono de la casa de la madre: _____ Teléfono celular de la madre: _____

Teléfono del trabajo de la madre: _____ Dirección de correo electro: _____

Empleador de la madre: _____

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

Nombre del tutor (Apellido, primero): _____

Dirección del tutor: _____

Teléfono de la casa de Guardian: _____ Teléfono celular de Guardian: _____

Teléfono del trabajo del tutor: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Relación: _____

Empleador del tutor: _____

Complete la siguiente información 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, Nombre): _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre de contacto # 2 (Apellido, Nombre): _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre del doctor: _____ Teléfono: _____

Nombre del dentista: _____ Teléfono: _____

INFORMACION RELACIONADA A LA SALUD

¿Tiene este niño 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: _____

¿Está su hijo tomando algún medicamento? Si _____ No _____

Nombre de la medicación: _____

Nombre de la medicación: _____

Nombre de la medicación: _____

PARTE B
INFORMACIÓN EDUCACIONAL

Por favor 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): _____

Distrito escolar: _____

Dirección: _____ Grado (s): _____

INFORMACIÓN EDUCACIONAL

¿Su hijo se inscribió en preescolar antes de ingresar a Kindergarten? Si ____ No ____

Fue el programa (si existe)? Medio día _____ Día completo _____

Nombre del programa preescolar: _____

¿Se retuvo a su hijo o repitió un grado? Si ____ No ____

¿Su hijo ha sido evaluado por un equipo de estudio infantil? Sí ____ No ____

¿Está él / ella en la corte ordenado libertad condicional? Si ____ No ____

Nombre del oficial de libertad condicional _____

¿Su hijo será empleado después de la escuela? Si ____ No ____

¿Dónde? _____

¿Ha participado su hijo en el atletismo de la escuela secundaria mientras era un estudiante de secundaria? Si ____ No ____

Información del programa

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

DEL 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 autocontenida

___ Terapia del lenguaje

___ terapia ocupacional / física

___ Otro _____

___ Se adjunta una copia del IEP de mi hijo

¿Está su hijo en una colocación "fuera del distrito"? Y ___ N ___

Nombre de Escuela: _____

PARTE C
Informacion social

IDIOMAS HABLADOS

¿En qué idioma aprendió a hablar su hijo? _____

¿En qué idioma habla su hijo más a menudo? _____

¿Cuál es el idioma principal que se habla en tu hogar? _____

¿Ha asistido su hijo a la escuela en otros países? En caso afirmativo, ¿cuál es la primera fecha de ingreso a una escuela de los Estados Unidos?

Fecha en que el estudiante ingresó a Estados Unidos? _____ fecha en que el estudiante ingresó a la escuela de los EE.UU.? _____

País _____ Ciudad _____ Grados _____

País _____ Ciudad _____ Grados _____

¿En qué programas ESL / bilingües se ha inscrito su hijo? _____

Las restricciones sociales

¿Hay algún miembro de la familia o un individuo que no tenga permitido 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 para la salud del estudiante debe ser completado por un médico para que se complete la inscripción. Hasta que este formulario sea enviado 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 los Reglamentos de acceso a Internet del distrito (adjuntos). Entiendo que el distrito escolar proporciona acceso a Internet únicamente con fines educativos, pero que puede que no sea posible restringir el acceso a todos los materiales controvertidos en Internet. Estoy de acuerdo en hacer que el Distrito Escolar de la Ciudad de Neptune, sus empleados y sus contratistas sean inofensivos con respecto al contenido de Internet al que accede mi hijo utilizando las instalaciones y el equipo del distrito. También entiendo que el distrito escolar no tiene ninguna responsabilidad por el uso de Internet de mi hijo fuera del entorno escolar. Por este medio doy mi permiso al Distrito Escolar de la Ciudad de Neptune para permitir que mi hijo tenga acceso 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 / a aparezca en ningún evento de cobertura de medios / Internet en la escuela.

CERTIFICACION DE REGISTRO

Como padre o tutor de este estudiante, por la presente solicito la inscripción del niño nombrado en el Distrito Escolar de la Ciudad de Neptune. Certifico que mi hijo es elegible para una educación pública gratuita en el Distrito Escolar de la Ciudad de Neptune, ya sea por residencia legal dentro del distrito o por un acuerdo formal entre el Distrito Escolar de la Ciudad de Neptune 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 falsa de residencia puede resultar en la eliminación del niño y la evaluación de los cargos de matrícula.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

**DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE NEPTUNE
210 WEST SYLVANIA AVENUE
CIUDAD DE NEPTUNO, NUEVA JERSEY 07753**

**CONSENTIMIENTO PARA RECUPERAR FONDOS
DEL GOBIERNO FEDERAL**

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

SEMI trae dinero del gobierno federal a 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 registro del estudiante, 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 esté inscrito en la escuela. Se requiere un formulario separado para cada niño que se inscriba.

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 servicios relacionados descritos en el Programa de Educación Individual de mi hijo (IEP). Firmar este formulario no reducirá ningún beneficio de Medicaid que yo o mi hijo puedan tener derecho.

Padre / Tutor: _____ (imprimir)

Dirección: _____ (imprimir)

Fecha: _____ (imprimir)

Firma: _____

**REGLAMENTO PARA EL ACCESO A INTERNET
DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE NEPTUNE
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 una acción disciplinaria 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 ser para apoyar la educación y la investigación, y deben ser consistentes con los objetivos educativos de las Escuelas Públicas de la Ciudad de Neptune. Además, un estudiante que accede a Internet desde un sitio escolar es responsable de todas las actividades en línea que se realizan a través del uso de su comportamiento. Al acceder a las redes o recursos de computación 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 desde cualquier otro sitio:

- usar lenguaje descortés, abusivo u objetable en mensajes públicos o privados;
- colocar información ilegal en Internet;
- el uso ilegal de Internet en formas que violan las leyes o estatutos federales, estatales o locales;
- usar el Internet en la escuela para actividades no relacionadas con la escuela;
- el envío de mensajes que puedan provocar la pérdida del trabajo o los sistemas del destinatario;
- enviar cartas en cadena o esquemas piramidales a listas de individuos, y cualquier otro tipo de uso que pudiera causar la congestión de Internet o interferir de otro modo con el trabajo de otros;
- el uso de Internet con fines comerciales;
- utilizar 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;
- usar 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 otros mientras utiliza Internet;
- Cambiar cualquier archivo de computadora que no pertenezca al usuario.

**DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE NEPTUNE
ENCUESTA DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

(Completado por el padre / tutor)

Estimados Padres / Guardianes;

Proporcione la siguiente información de salud para que la enfermera de nuestra escuela 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 la parte de atrás del formulario si necesita más espacio)

Asma

Fecha de la varicela: _____

Alergias

Tipo: _____

hospitalizaciones

Razón: _____

Herida grave

Tipo: _____ Fecha _____

Infecciones frecuentes del oído

Cualquier otra condición de salud que debamos conocer: _____

Medicamentos actuales de venta libre o recetados

Tipo: _____

Usa lentes 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 la información sobre la salud de mi hijo con los miembros de la facultad / personal que puedan necesitar 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 _____
 Disease _____
 Hib _____
 Varicella _____
 MMR _____
 Meningococcal vaccine _____
 Flu Vaccine** _____
 Pneumoccal (PCV) _____
 Hepatitis B _____

PAST DISEASE HISTORY (circle)

Allergies(type): _____
 Hepatitis _____
 Fainting/Syncope _____
 Asthma _____
 Lyme _____
 Bronchitis _____
 Chicken Pox:date _____
 Convulsive Dis. _____
 Diabetes _____
 Frequent Colds _____
 Orthopedic Injuries _____
 Otitis Media _____
 Pneumonia _____
 Strap Inf/Scarlet fever _____
 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 _____ | Posture _____ | Murmur _____ |
| Visual Acuity: R20/____ L. 20/____ | Feet _____ | Rhythm _____ |
| Ears _____ | Spine _____ | Rate _____ |
| Nose _____ | Hernia _____ | Lungs _____ |
| Throat _____ | Genitalia _____ | Urine _____ |
| Glands _____ | Abdomen _____ | Skin _____ |
| Nutrition _____ | 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)

Inscripción Cuestionario de Residencia

Nombre del estudiante: _____ DOB: _____

De acuerdo con la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435 y las leyes estatales 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? ____ Si no

2. ¿Este arreglo de vivienda temporal se debe a la pérdida de vivienda o dificultades económicas?
____ Si ____ No

Si respondió **SÍ** a las preguntas anteriores, complete el resto de este formulario.
Por favor indique donde vive el estudiante actualmente:

____ en un motel / hotel

____ en un refugio

____ vivienda transitoria

____ casa de familia / amigo por necesidad

____ Moviéndose de un lugar a otro

____ En un lugar no diseñado para acomodaciones normales para dormir, como un automóvil, parque o campamento

Nombre del (de los) padre (s) / tutor (es) legal (es):

Dirección actual: _____

Dirección anterior: _____

Número de teléfono actual: _____

Firma del padre / tutor Fecha