

DISTRITO ESCOLAR DE NEPTUNE CITY
732-775-5319
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES Y VERIFICACIÓN DE
RESIDENCIA

NOTICIA IMPORTANTE

PAQUETE DE INSCRIPCIÓN A KINDERGARTEN AÑO 2025-2026

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 _____ Electricidad _____ Agua _____ Alcantarillado _____

Vivienda: Contrato de alquiler _____ Arrendamiento _____ Hipoteca _____ (firmado y fechado)

Otro: Factura de impuestos _____ Certificado de ocupación _____ Declaración jurada notariada _____
(disponible en el oficina principal)

Si vive con otra persona y las facturas de servicios públicos no están a su nombre, debe presentar una declaración jurada notariada del propietario de la vivienda confirmando ese hecho y enumerando a todas las personas que residen en esa dirección, junto con dos facturas de servicios públicos enviadas a esa dirección en el nombre del propietario/arrendatario de la vivienda. También debe proporcionar documentos a nombre del padre/tutor que muestren la misma dirección, como una factura del 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: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

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 Guardian
o Hogar terapéutico
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 ESTUDIANTEL
(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 DISTRICT
STUDENT HEALTH PHYSICAL

Student's Name: _____ DOB: _____
Name of Parent/Guardian: _____ Telephone No. _____

IMMUNIZATIONS

☐ IMMUNIZATION RECORD, MEDICAL EXEMPTION, OR RELIGIOUS EXEMPTION
ATTACHED(REQUIRED)

TUBERCULOSIS (TB) TEST*

Date of TB test: _____
Result of TB test: _____ mm OR _____ IGRA
Chest X-ray Date: _____ INH Therapy: _____

**Required if born or transferring from a high incidence country. Exceptions: Religious Exemption OR Repeat TB testing is not required, if the student has valid documentation of a tuberculosis test regardless of when this test was done.*

PHYSICIAN'S EXAMINATION

Date of most recent physical exam: _____

Height (inches): _____ Weight(lbs): _____ BP: _____ / _____ Pulse: _____

CODE TO BE USED BY PHYSICIANS: N - No abnormalities XX- Abnormality

☐ Heart (murmur/rate/rhythm) _____	☐ Orthopedic/Posture _____
☐ *Eyes/Ears _____	☐ Lungs _____
☐ Nose _____	☐ Spine _____
☐ Throat _____	☐ Abdomen (hernia/liver/spleen) _____
☐ Glands _____	☐ Upper extremities _____
☐ Mouth/Teeth _____	☐ Genito/urinary _____
☐ Skin _____	☐ Lower extremities _____
	☐ General Health/Nutrition _____
	☐ Neuro _____

*Vision screening date: _____ Vision acuity: R 20/____ L 20/____ BOTH ____ Corrected? Y -or- N

*Hearing screening date: _____ Audiometric results: R ____ L ____

HEALTH HISTORY/GENERAL CONDITION

DIRECTIONS FOR PHYSICIANS: Please list and explain.

Allergies/Sensitivities: _____

Chronic Medical Conditions: _____

Medications/Supplements/Treatments: _____

Surgical history: _____

Hospitalization: _____

Has the child ever been referred to Early Intervention (EI) for any services (e.g. physical, occupational speech therapies)? Please include the report of services. _____

Physical Education: Full activity: _____ -or- Limitations/Restrictions: _____

Plans/recommendations for school or further comments/referrals: _____

Physician's Stamp

Date: _____
Examining Physician (print): _____

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