



**Junta de Educación del Distrito Escolar de la Ciudad de Neptune  
210 oeste de la avenida Sylvania  
Ciudad de Neptuno, NJ 07753**

**Paquete de registro de PreK 2025-2026**

El nombre del estudiante - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del estudiante-\_\_\_\_\_

**Admisión**

Gracias por su interés en nuestro programa PreK para el año escolar 2025-2026.

1. La inscripción en la clase de PreK será limitada y se determinará por orden de llegada a través de un proceso de dos pasos: recibir el paquete de inscripción y verificar que el paquete esté completo.
2. La inscripción para el programa PreK comenzará el miércoles 26 de febrero de 2025, de 9:00 a 12:00 p.m. en persona. Se aceptarán los paquetes y documentos de inscripción en ese momento. Toda la documentación debe recibirse en el momento de la inscripción. Si no se completa el paquete y la documentación, su hijo pasará a formar parte de nuestra lista de espera y correrá el riesgo de obtener un lugar en nuestro programa. La inscripción finalizará cuando se cubran todos los "lugares" ..

La ubicación de registro de PreK será:

Distrito escolar de la ciudad de Neptune  
Escuela Woodrow Wilson  
210 oeste de la avenida Sylvania  
Ciudad de Neptuno, NJ 07753

3. Las preguntas sobre el paquete de inscripción pueden dirigirse a la Secretaria Confidencial, Sra. Tracy Brand a [tbrand@neptunecityschool.org](mailto:tbrand@neptunecityschool.org) o al 732-775-5319 (ext. 5001)

Atentamente,

*Pedro Garrido*

Mr. Pedro Garrido

administrador principal de la escuela, director

# DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE NEPTUNO

732-775-5319

## FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE MATRÍCULA Y RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE

### NOTICIA IMPORTANTE

### INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES NUEVOS PROGRAMA **DE PRE-KINDERGARTEN SY 2025-2026**

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

La información de residencia se utiliza para asegurar que las excelentes oportunidades educativas y cocurriculares que ofrece el distrito se brinden solo a los residentes de la ciudad de Neptune. Se investiga la información de residencia, y la falsificación de estos datos puede resultar en acciones policiales y cargos de matrícula.

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Y RESIDENCIA

Nombre del alumno que se registra: \_\_\_\_\_

Se requiere todo lo siguiente para inscribir a su hijo:

1. Certificado de nacimiento \_\_\_\_\_
2. Cartilla de vacunación \_\_\_\_\_
3. Examen físico actual \_\_\_\_\_
4. Documentos de tutela legal (si corresponde) \_\_\_\_\_
5. Documento de identificación de padre de crianza temporal de DYFS (si corresponde) \_\_\_\_\_

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

Recibos de servicios públicos: Gas \_\_\_\_ Electricidad \_\_\_\_ Agua \_\_\_\_ Alcantarillado \_\_\_\_ Teléfono (no celular) \_\_\_\_  
Automóvil: Licencia de conducir \_\_\_\_ Registro automático \_\_\_\_  
Casa: 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 vivienda 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 se devolverán inmediatamente.

### **NO ESCRIBA EN ESTA CAJA**

ID del distrito: \_\_\_\_\_ ID del estado: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al distrito: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso a la escuela: \_\_\_\_\_ Código del programa: \_\_\_\_\_ Código de matrícula: \_\_\_\_\_ Distrito de envío: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Salón principal: \_\_\_\_\_ Escuela en casa: \_\_\_\_\_

**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 era tu dirección anterior? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**ESTUDIANTE INSCRITO**

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

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

Ciudad: \_\_\_\_\_ Expresar: \_\_\_\_\_ Cremallera: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género Masculino Femenino \_\_\_\_\_

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

País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Este niño vive con (marque uno):  
 Padre  Hogar terapéutico  
 Guardián  Familia de acogida

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

Hispano / latino	Y	N
Indio americano / Alaska	Y	N
asiático	Y	N
Negro / afroamericano	Y	N
blanco	Y	N
Nativo de Hawái / de las islas del Pacífico	Y	N

**INFORMACION DE LOS PADRES**

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

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

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 electrónico: \_\_\_\_\_

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

**INFORMACIÓN DEL TUTOR (complete solo si el niño no vive con uno de los padres)**

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

Dirección del tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa del tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono celular del tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo del tutor: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: -

\_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Empleador del tutor: \_\_\_\_\_

Por favor complete lo siguiente si el niño ha sido colocado con el tutor anterior por una agencia estatal:

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

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

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

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

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

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

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

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

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

**INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD**

¿Tiene este niño seguro médico? Y \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

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

¿Su hijo es elegible para Medicaid? Y \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

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

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

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

¿Está su hijo tomando algún medicamento? Sí No \_\_\_\_\_

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

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 A LAS QUE ASISTE ESTE ESTUDIANTE**

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

Habla a: \_\_\_\_\_ Los grados): \_\_\_\_\_

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

Habla a: \_\_\_\_\_ Los grados): \_\_\_\_\_

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

Habla a: \_\_\_\_\_ Los grados): \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN EDUCACIONAL**

¿Estaba su hijo inscrito en otro preescolar antes de ingresar al preescolar en Neptune City? Sí No \_\_\_\_\_

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

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

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

¿Su hijo tiene dificultades de aprendizaje? Sí No \_\_\_\_\_

¿Estaba su hijo inscrito en un programa de intervención temprana? Sí No \_\_\_\_\_

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

¿Cómo calificaría la asistencia pasada a la escuela de su hijo?

Excelente: \_\_\_\_\_ Bien: \_\_\_\_\_ Pobre: \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

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

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PROGRAMA**

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

**PROGRAMA**

\_\_\_\_\_ Inglés como segundo idioma / bilingüe

\_\_\_\_\_ Servicios de educación especial (marque todos los siguientes que correspondan)

\_\_\_\_\_ Intervención rápida

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

\_\_\_\_\_ Ocupacional Terapia

\_\_\_\_\_ Terapia física

\_\_\_\_\_ Instrucción directa

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

**IDIOMAS HABLADOS**

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

¿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 otros países? **En caso afirmativo, ¿cuál es la primera fecha de ingreso a una escuela de EE. UU.?**

**Fecha de ingreso a EE. UU.** \_\_\_\_\_ **Primera fecha en que ingresó a la escuela de EE. UU.** \_\_\_\_\_

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

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

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

**RESTRICCIONES SOCIALES**

¿Hay algún miembro de la familia o persona a quien 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 aún 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 que se complete la inscripción. Hasta que este formulario sea enviado y aprobado por nuestro personal de enfermería, su hijo no podrá 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 es posible que no sea posible restringir el acceso a todos los materiales controvertidos en Internet. Acepto eximir de responsabilidad al Distrito Escolar de la Ciudad de Neptune, sus empleados y sus contratistas con respecto al contenido de Internet al que mi hijo accede 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 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**

Marque UNO de los siguientes:

\_\_\_\_\_ Mi hijo / a puede aparecer en todos los eventos de cobertura de medios / Internet en la escuela (fotografías, artículos, etc.)

\_\_\_\_\_ I **no** Deseo que mi hijo / a aparezca en cualquier evento de cobertura de medios / Internet en la escuela.

**CERTIFICACIÓN DE REGISTRO**

Como padre o tutor de este estudiante, por la presente solicito la inscripción del niño mencionado 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 en virtud de su residencia legal dentro del distrito o por un arreglo 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 de residencia falsificada puede resultar en la remoción del niño y la evaluación de los costos de matrícula.

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

**Neptuno City DISTRITO ESCOLAR**  
210 WEST SYLVANIA AVENUE  
CIUDAD DE NEPTUNO, NUEVA JERSEY 07753

**CONSENTIMIENTO PARA RECUPERAR FONDOS  
DEL GOBIERNO FEDERAL**

El Distrito Escolar de la Ciudad de Neptune participa en el programa federal Iniciativa Medicaid de Educación Especial (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 lleva dinero del gobierno federal a la ciudad de Neptune para ayudar a pagar una amplia gama de servicios para estudiantes, 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 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 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 por 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.*

Tutor: \_\_\_\_\_ (impresión)

Habla a: \_\_\_\_\_ (impresión)

Fecha: \_\_\_\_\_ (impresión)

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

**REGLAMENTOS PARA EL ACCESO A INTERNET  
DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE NEPTUNO  
Regulación 6142.10**

Las Escuelas Públicas de la Ciudad de Neptune proporcionarán acceso a Internet para 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 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 llevan a cabo 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 ese uso se inicie desde la escuela o cualquier otro sitio:

- usar lenguaje descortés, abusivo o de otra manera 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;
- enviar mensajes que probablemente resulten en 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 congestión en Internet o interferir con el trabajo de otros;
- utilizar Internet con fines comerciales;
- el uso de Internet para el cabildeo político;
- cambiar cualquier archivo informático que no sea del 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;
- vandalizar, 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 ante otros mientras usa Internet;
- cambiar cualquier archivo de computadora que no pertenezca al usuario.

**DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE NEPTUNO  
ENCUESTA DE SALUD ESTUDIANTIL**

**(Completado por el padre / tutor)**

Estimados padres / tutores;

Proporcione la siguiente información de salud para que la enfermera de nuestra escuela pueda brindar los servicios adecuados para su hijo. Este formulario se colocará en el expediente médico de la escuela de su hijo y se tratará de forma confidencial.

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

\_\_\_\_\_ Asma

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

\_\_\_\_\_ Alergias

Escribe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Hospitalizaciones

Razón: \_\_\_\_\_

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

Escribe: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Infecciones frecuentes del oído

\_\_\_\_\_ Cualquier otra condición de salud que debamos conocer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Escribe: \_\_\_\_\_

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

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

El 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 puedan necesitar saberlo. Reconozco que compartir esta información es importante para el bienestar de mi hijo mientras asisto a la escuela.

Firma de

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

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

\*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 inscripción de residencia

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

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

1. ¿Su dirección actual es un arreglo de vivienda temporal? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

2. ¿Se debe este arreglo de vivienda temporal 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 de transición

\_\_\_\_ La casa de un familiar / amigo por necesidad

\_\_\_\_ Moviéndose de un lugar a otro

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

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

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Dirección anterior: \_\_\_\_\_

Número de teléfono actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha