



DISTRITO ESCOLAR DE KEANSBURG

Programas preescolares de Keansburg

81 Frances Place
Keansburg, NJ 07734
Teléfono 732-787-2007 x. 5400
Caruso Fax del sitio: 732-495-3287
Port Monmouth Road Fax del sitio: 732-495-7291
www.keansburg.k12.nj.us

Sra. Anne M. Hazeldine
Directora de Primera Infancia

Sra. Kathleen O'Hare
Superintendente de Escuelas

PAQUETE DE REGISTRO PREESCOLAR

- SOLO UN PADRE/TUTOR PUEDE INSCRIBIR A UN ESTUDIANTE EN PERSONA EL
- ESTUDIANTE DEBE VIVIR EN EL KEANSBURG CON EL PADRE /TUTOR LEGAL
 - REGISTRO POR CITA SOLAMENTE LUNES - VIERNES 9AM - 1PM

LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS DEBEN PRESENTARSE AL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN:

CERTIFICADO DE NACIMIENTO ORIGINAL - Comprobante de la fecha de nacimiento del estudiante.

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN: si no proporciona la información adecuada sobre la vacunación, es posible que su hijo no pueda inscribirse en la escuela.

PRUEBA DE TB DE MANTOUX: los estudiantes que se mudan de otra área pueden necesitar una prueba de TB exigida por la ley. Si es necesario, debe proporcionarse dentro de los 30 días.

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO - PROPORCIONADO EN PAQUETE - Debe completarse dentro del último año.

CUSTODIA, PRUEBA DE TUTELA LEGAL/PAPELES DE CRIANZA - Si corresponde.

PRUEBA DE RESIDENCIA - PROPIETARIO: Escritura, Factura actual de impuestos sobre la propiedad, HUD -1 Liquidación junto con (2) facturas de servicios públicos actuales, licencia de conducir válida o tarjeta de registro de votantes.

PRUEBA DE RESIDENCIA - INQUILINO: contrato de arrendamiento actual junto con (2) facturas de servicios públicos actuales, licencia de conducir válida o tarjeta de registro de votante.

VIVIR CON OTRA FAMILIA EN EL DISTRITO DE KEANSBURG O SU NOMBRE NO ESTÁ EN EL ARRENDAMIENTO: El propietario de la propiedad o el arrendador deben completar un Certificado de Domicilio (Carta del Arrendador) y proporcionar prueba de residencia. Debe proporcionar prueba de residencia (2) documentos con su nombre y la dirección de Keansburg.

Llame a la oficina para obtener más información sobre la residencia no tradicional si es necesario al 732-787-2007 ext. 5400.

DEL DISTRITO ESCOLAR DE KEANSBURG
REGISTRO

Escuela: PORT MONMOUTH ROAD PREESCHOOL Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____
APELLIDO PRIMER INICIAL

Dirección: _____

Dirección postal (si es diferente) _____

Teléfono principal: _____

correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Estado: _____

País de nacimiento: _____ Ciudadano estadounidense: Sí / No

SI EL NIÑO NACIÓ FUERA DE EE. UU., ¿ASISTIÓ EL NIÑO A UN INSTITUTO DE APRENDIZAJE?/ No

En caso afirmativo, en qué fecha: _____

¿Está inscribiendo a este estudiante bajo la Ley McKinney Vento? Sí / No Origen

étnico: no hispano o latino

La raza debe seleccionarse si el origen étnico es no hispano o latino

Raza: Blanco Negro o afroamericano Indio americano o nativo de Alaska

Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Hispano olatino

: _____ Idioma principal que se habla en el hogar: _____

Padres/tutores: Casado Divorciado Separado Soltero Viudo

estudiante reside con: _____

Quién tiene la custodia legal:

física 'residencial': _____

Si está divorciado o separado, proporcione la siguiente información del padre sin custodia:

Nombre: _____

Correo electrónico: _____

Dirección de casa: _____ Teléfono principal: _____

_____ Teléfono alternativo: _____

POR FAVOR INDIQUE SI EXISTE ALGUNA CIRCUNSTANCIA ESPECIAL DE CUSTODIA QUE LA ESCUELA DEBE CONOCER CON RESPECTO A SU HIJO: SE REQUIERE DOCUMENTACIÓN:

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR

Última escuela a la que asistió (si corresponde) _____

Dirección: _____

Identificación del estado: _____

_____ Teléfono: _____

¿Estaba el estudiante inscrito en alguno de los programas enumerados a continuación? Marque todo lo que corresponda:

___ ESL (inglés como segundo idioma)

___ Discurso

___ Habilidades básicas/Título

1

___ Educación especial/IEP

___ Otros

___ Programas escolares alternativos

¿EL ESTUDIANTE HA ESTADO INSCRITO ALGUNA VEZ EN EL DISTRITO ESCOLAR DE KEANSBURG ANTES?

___ Sí / ___ No

Si es así, proporcione el nombre de la escuela y las fechas de asistencia:

Indique los hermanos que viven en el hogar:

NOMBRE	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO	ESCOLAR
GRADO			

HOJA DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL NIÑO: _____

Nombre de la madre/tutor: _____

Dirección: _____ Teléfono principal : _____
_____ Teléfono secundario: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Dirección: _____ Teléfono principal: _____
_____ Teléfono secundario: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono del trabajo: _____

Contacto de emergencia n.º 1 - que no sea el padre:

Dirección: _____ Teléfono principal: _____
_____ Teléfono secundario: _____

Relación con el estudiante: _____

Contacto de emergencia n.º 2 - que no sea el padre:

Dirección: _____ Teléfono principal: _____

_____ Teléfono secundario: _____

Relación al estudiante: _____

Estudiante/hermano de 14 años de edad autorizado a recoger al estudiante:

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Firma del padre: _____ **Fecha:** _____

INFORMACIÓN MÉDICA:

Médico familiar: _____ Teléfono: _____

Dentista: _____ Teléfono: _____

Preferencia de hospital: _____

A continuación, enumere cualquier atención médica/quirúrgica que su hijo haya recibido en el último año:

Atención: _____ Fecha: _____

Atención: _____ Fecha: _____

¿Su hijo tiene seguro médico:

____ Sí - Compañía de seguros: _____

____ No - NJ Family Care brinda seguro médico gratuito o de bajo costo para niños sin seguro y ciertos padres de bajos ingresos.

Para obtener más información, llame al 800-701-0710 o visite www.njfamilycare.org para presentar su solicitud en línea.

Puede divulgar mi nombre y dirección al Programa N Family Care para comunicarse conmigo sobre el seguro de salud.

___ Sí ___ No

Firma: _____

Nombre impreso: _____ Fecha: _____

Consentimiento por escrito conforme a 20U.SC y 1232g (b) 34 CFR (b).



DISTRITO ESCOLAR DE KEANSBURG

Programas preescolares de Keansburg

81 Frances Place
Keansburg, NJ 07734
Teléfono 732-787-2007 x. 5400
Caruso Fax del sitio: 732-495-3287
Port Monmouth Road Fax del sitio: 732-495-7291
www.keansburg.k12.nj.us

Sra. Anne M. Hazeldine
Directora de Primera Infancia

Sra. Kathleen O'Hare
Superintendente de Escuelas

Formulario de encuesta sobre el idioma del hogar

Introducción

Esta encuesta es el primero de tres pasos para identificar si un estudiante es elegible o no para aprender inglés (ELL) . Comience con la "Pregunta 1" y continúe hasta completar la HLS. Seleccione la respuesta para cada pregunta y siga las instrucciones.

Información

del estudiante Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento del

estudiante: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

encuesta

Pregunta 1

¿Cuál fue el primer idioma que usó el estudiante?

Un idioma que no sea inglés - Continúe con la pregunta 2a.

Español - Continúe con la pregunta 2b.

Pregunta 2a

En casa, ¿el estudiante escucha o usa un idioma que no sea inglés más de la mitad del tiempo?

SÍ - Continúe con la pregunta 7

NO - Continúe con la pregunta 4

Pregunta 2b

En casa, ¿el estudiante escucha o usa un idioma Aparte del inglés más de la mitad del tiempo?

SÍ - Continúe con la pregunta 4

NO - Continúe con la pregunta 3

Pregunta 3

¿El estudiante entiende otro idioma además del inglés?

SÍ - Continúe con la pregunta 4

NO - Continúe con la pregunta 9

Pregunta 4

Al interactuar con sus padres/tutores, ¿el estudiante usa un idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?

SÍ - Continúe con la pregunta 7 NO - Continúe con la pregunta 5

Pregunta 5

Al interactuar con cuidadores que no sean sus padres/tutores, ¿el estudiante usa un idioma que no sea inglés más de la mitad del tiempo?

___ SÍ

___ NO

Pregunta 6

¿Se ha mudado recientemente el estudiante de otro distrito escolar/escuela chárter donde fue identificado como aprendiz del idioma inglés (ELL, por sus siglas en inglés)?

___ SÍ

___ NO

Pregunta 7

¿Cuáles son los idiomas que se hablan en el hogar? Continúe con el paso 8.

8. Continúe con el Paso 2: Proceso de revisión de registros.

La encuesta sobre el idioma del hogar está completa

9. No continúe con el Paso 2: Proceso de revisión de registros.

La encuesta sobre el idioma del hogar está completa. El estudiante no es un aprendiz del idioma inglés (ELL)

POR FAVOR COMPLETE SÓLO SI SU HIJO ES UN ESTUDIANTE DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Iniciativa de Medicaid de educación especial (SEMI) Formulario de consentimiento de los padres

_____ Distrito

escolar Nuestro distrito escolar participa en el programa Iniciativa de Medicaid de educación especial (SEMI) que permite a los distritos escolares facturar a Medicaid por los servicios que se brindan a los estudiantes.

De acuerdo con la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia, 34 CFR §99.30 y la Sección 617 de IDEA Parte B, los requisitos de consentimiento en 34 CFR §300.622 requieren un consentimiento único antes de evaluar los beneficios públicos.

Este consentimiento establece que la información de identificación personal de su hijo, como los registros de los estudiantes o la información sobre los servicios prestados a su hijo, incluidas las evaluaciones y los servicios especificados en el Programa de Educación Individualizado (IEP) de mi hijo (terapia ocupacional,

fisioterapia, terapia del habla, psicología asesoramiento, audiología, enfermería y transporte especializado) pueden divulgarse a Medicaid y al Departamento del Tesoro con el fin de recibir el reembolso de Medicaid en el distrito escolar.

Como padre/tutor del niño mencionado a continuación, doy permiso para divulgar información como se describe anteriormente y entiendo y acepto que Medicaid puede acceder a los beneficios públicos o al seguro público de mi hijo o míos para pagar la educación especial o los servicios relacionados según la Parte 300 (servicios bajo IDEA). Entiendo que el distrito escolar aún debe brindar servicios a mi hijo de conformidad con su IEP, independientemente de mi estado de elegibilidad para Medicaid o mi disposición a dar mi consentimiento para la facturación de SEMI.

Entiendo que la facturación por estos servicios por parte del distrito no afecta mi capacidad de acceder a estos servicios para mi hijo fuera del entorno escolar, ni mi familia incurrirá en ningún costo, incluidos copagos, deducibles, pérdida de elegibilidad o impacto en beneficios de por vida.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Padre/tutor: _____

Doy mi consentimiento para facturar por SEMI: Sí _____
NO _____

Este consentimiento se puede revocar en cualquier momento comunicándose con el Administrador de casos de su hijo o con el administrador de su la escuela del niño por escrito.

COPIA AL DEPARTAMENTO Y EDIFICIO DE PPS

INFORMACIÓN DE REGISTRO PREESCOLAR

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

SECCIÓN I:

Cuando estaba embarazada de su hijo, ¿hubo alguna complicación? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, explique: _____

Después del parto, ¿estuvo el bebé en el hospital más de dos (2) días? _____

En caso afirmativo, explique: _____

¿A qué edad comenzó su hijo a: caminar? _____ ¿hablar? _____

¿Su hijo tiene alguno de los siguientes hábitos:

Accidentes en el baño? _____ ¿Berrinche? _____ ¿Alto nivel de actividad? _____

¿Dificultades para separarse de usted? _____ ¿Llanto excesivo? _____

¿Ha experimentado su hijo alguna de las siguientes dificultades en el pasado o en el presente?

Habla _____ Escuchar _____ Comer _____ Dormir _____

¿Tiene su hijo alguna restricción física? _____ Alergias: _____

Si la respuesta es "Sí", explique: _____

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo? _____

¿Cuáles son los desafíos de su hijo? _____

¿Hay algo que encuentre difícil sobre la crianza de los hijos? _____

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su hijo? _____

¿Tiene su hijo algún familiar inscrito en el Programa Preescolar? _____

Indique los nombres y la relación:

¿Ha asistido su hijo a otro preescolar? _____ Si 'Sí', proporcione lo siguiente:

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

¿Alguna vez su hijo recibió servicios de Intervención Temprana? Sí _____ No _____

Si 'Sí' Cuándo _____ Dónde _____ ¿

Dónde se enteró de nuestro programa preescolar? _____

¿Su hijo necesita transporte para asistir a la escuela? Sí _____ No _____

SECCIÓN II

Consentimiento por escrito de conformidad con 20 USC 1232g (b) (1) 34 CFR 99.30 (b).

INFORMACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO

Responda todas las preguntas lo mejor que pueda. Toda la información se mantendrá confidencial.

Nombre del niño: _____ Género: _____

: _____ Edad actual: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____
Padre: _____ Edad: _____ Madre: _____ Edad: _____
Lugar de nacimiento del niño: _____ Hospital: _____

Historial familiar:

A. Enumere las personas (que no sean hermanos) que residan en el hogar y su relación con el niño:

1. _____
2. _____
3. _____

B. Cualquier caso de enfermedad grave entre *la familia inmediata*: Sí: _____ No: _____

Tales como: Epilepsia _____ Alcoholismo _____ Tuberculosis _____ Diabetes _____ Asma _____ Fiebre del heno _____
Otro _____

SECCIÓN III

EMBARAZO

- | A. ¿Algún problema durante el embarazo? | SÍ | NO |
|-----------------------------------------|-------|-------|
| a. Enfermedad | _____ | _____ |
| b. Infección | _____ | _____ |
| c. Convulsiones | _____ | _____ |
| d. Sangrado | _____ | _____ |
| e. Problemas emocionales/estrés | _____ | _____ |
| f. Medicamentos | _____ | _____ |
| g. Otro | _____ | _____ |

Si respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, explique:

B. ¿Fumó la madre durante el embarazo? _____

C. ¿Alguien en el hogar fuma? _____

D. ¿Fue el embarazo a término _____ o prematuro _____ (cuántas semanas antes) _____

E. ¿El parto fue normal y espontáneo? _____

Si no fue un parto espontáneo normal, explique a continuación qué tipo de parto y el motivo:
(Ej. fórceps, cesárea, etc.)

SECCIÓN IV

HISTORIAL DEL PARTO

- A. Peso al nacer _____
- B. Cualquier problema después del nacimiento (por ejemplo, dificultad para respirar, convulsiones , pérdida de peso, incubadora, etc.)? _____
 - a. Si la respuesta es "Sí", explique: _____

Historial/hitos del desarrollo

- A. Indique lo más fielmente posible en meses y años:
 - a. Sostuvo la cabeza erguida mientras estaba acostado sobre el estómago _____
 - b. Seguía objetos _____
 - c. sentaba de forma independiente _____
 - d. paraba solo _____
 - e. Caminaba solo _____
 - f. Hablaba (balbuceaba) , imitar sonidos _____
 - g. Habló (en palabras/frases) _____
 - h. vejiga _____
 - i. intestino _____
 - j. alimentó _____
 - k. Diestro o zurdo _____
- B. Cualquier lesión en la cabeza, enfermedad, asma, fiebre del heno, alergias, infecciones frecuentes del oído, fracturas, convulsiones, etc. Sí _____ No ___ En caso afirmativo, explique: _____
- C. Cualquier problema de audición, visión, habla u ortopedia: Sí _____ No _____ Si la respuesta es "sí", explique: _____
- D. ¿Está su hijo tomando medicamentos? Sí _____ No _____ Si la respuesta es "sí", explique: Medicamento: _____ Condición: _____ Medicamento : _____ Condición: _____
- E. ¿Su hijo es alérgico a algún alimento o medicamento? Sí _____ No _____ Si 'sí' explique: _____
- F. Describa los hábitos alimenticios de su hijo: _____

G. Describa las habilidades sociales de su hijo:

	SÍ	NO
1. Tímido	_____	_____
2. Extrovertido (amigable)	_____	_____
3. Feliz	_____	_____
4. Hablador	_____	_____
5. Confiado	_____	_____
6. Temeroso	_____	_____
7. Rabietas	_____	_____
8. Se enoja fácilmente	_____	_____
9. Malhumorado	_____	_____
10. Tranquilo	_____	_____
11. Agresivo	_____	_____

12. Retraído

Si desea explicar más las habilidades sociales de su hijo:

Firma del padre

Fecha

VACUNAS

El Capítulo 14 del Código Sanitario del Estado requiere que cualquier niño que tenga deficiencias en sus vacunas contra las siguientes enfermedades infantiles NO podrá asistir a la escuela:

- **DTaP - 4 dosis**

- Polio - 3 dosis de
- MMR - 1 dosis de
- HIB - 1 dosis después del PRIMER cumpleaños
- HEPATITIS-B - 3 dosis de
- Varicela - 1 dosis, en o después del PRIMER cumpleaños/ o una declaración del médico o de los padres sobre infecciones previas de varicela.
- PCV7: 1 dosis después del PRIMER cumpleaños
- Influenza: 1 dosis anual entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre

Además de las vacunas anteriores, **DEBE** tener prueba de:

- Físico actual Los

registros de vacunación deben mostrar el mes, el día y el año de la administración.

El registro NO se completará a menos que se presente toda la documentación anterior.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina de Salud Preescolar al:

(732) 787-2007 -

Caruso Pre-K - ext. 5870

Fax: (732) 495-3287

PMR Prekínder - ext. 5770

Fax: (732) 495-7291

Este es un formulario requerido para la entrada a la escuela. Por favor complete el formulario.

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Padre/tutor: _____

Fecha del examen: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Aspecto general	
-----------------	--

Ojos	
Oídos	
Boca	
Nariz	
Garganta	
Glándulas	
Pulmones	
Cabello	
Piel	
Postura	
Corazón	
Presión arterial	

Nombre del médico: escriba en letra de imprenta: _____

Firma del médico: _____

Dirección del médico: _____

Fecha: _____

Nota: Este formulario de examen físico debe ser devuelto a la enfermera de la escuela del niño por el padre/tutor.