

**BRADLEY BEACH SCHOOL DISTRICT**

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

**NOTICIA IMPORTANTE**

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 usa para asegurar que las oportunidades educativas y co-curriculares ofrecidas por el distrito se brinden solo a los residentes de Bradley Beach. 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 está registrando: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Se requiere todo lo siguiente para inscribir a su hijo:

- 1. Certificado de nacimiento \_\_\_\_\_
- 2. Cartilla de vacunación \_\_\_\_\_
- 3. Examen físico actual (menos de 12 meses) \_\_\_\_\_
- 4. Documentos de tutela legal (si corresponde) \_\_\_\_\_
- 5. Documento de transferencia de la escuela anterior \_\_\_\_\_

Además de lo anterior, debe proporcionar, a **nombre del padre / tutor**, al menos un elemento del # 1 y dos elementos del #2 que muestren una dirección de Bradley Beach, para la verificación de residencia.

- 1. Casa: Contrato de alquiler \_\_\_ Arrendamiento \_\_\_ Hipoteca \_\_\_ (firmado y fechado) Factura de impuestos \_\_\_
- 2. Factura de servicios públicos: Gas \_\_\_ Electricidad \_\_\_ Agua \_\_\_ Alcantarilla \_\_\_ Teléfono (no celular) \_\_\_

Si no puede presentar las pruebas de residencia indicadas anteriormente porque se ha mudado recientemente a Bradley Beach, si vive con familiares o amigos que son residentes de Bradley Beach, o si el niño vive con un residente de Bradley Beach que no sea el padre o tutor, usted También debe completar los Formularios de inscripción complementarios y presentar prueba de residencia de la persona que realmente posee o alquila la casa o apartamento en el que vive el niño. Estos formularios deben estar notariados y permitirán que su hijo asista a la escuela hasta que reciba los documentos a su nombre.

Los documentos originales deben ser presentados para ser copiados por el personal del distrito. Los originales se devolverán inmediatamente.

---

**NO ESCRIBA EN ESTA CAJA**

District ID: \_\_\_\_\_ State ID: \_\_\_\_\_ District Entry Date: \_\_\_\_\_  
School Entry Date: \_\_\_\_\_ Program Code: \_\_\_\_\_ Tuition Code: \_\_\_\_\_ Sending District: \_\_\_\_\_  
Grade: \_\_\_\_\_ Homeroom: \_\_\_\_\_

---

**PARTE A**

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE / FAMILIA**

**ESTUDIANTE MATRICULADO**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Iniciales del Segundo nombre \_\_\_\_\_

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

Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_ Nivel de Grado: \_\_\_\_\_

País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Origen Étnico / Raza (circule uno)

Hispano / Latino      Indio Americano / Alaska      Asiático      Negro / Afroamericano Blanco

Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico

**INFORMACIÓN PARA PADRES/TUTORES**

Este niño vive con (marque uno): Madre      Padre      Tutor/Relación: \_\_\_\_\_

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

Dirección del padre: \_\_\_\_\_

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

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

Empleador del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo 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: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo 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 del tutor: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

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

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

¿Se ha terminado la patria potestad a favor de este tutor? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí en qué fecha? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA / SALUD**

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

Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

¿Este niño/a tiene seguro médico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es el nombre de la compañía de seguros? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "No", ¿le gustaría obtener información sobre NJ Family Care? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Es su hijo/a elegible para Medicaid? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

**OTRA INFORMACIÓN**

Idioma principal del niño: \_\_\_\_\_

Idioma que se habla en casa: Inglés \_\_\_\_\_ No Ingles (Especifique) \_\_\_\_\_

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

**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 A LAS QUE ASISTE ESTE ESTUDIANTE**

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN EDUCACIONAL**

¿Estaba su hijo inscrito en preescolar antes de ingresar al Kinder? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Fue el programa? Medio día \_\_\_\_\_ día completo \_\_\_\_\_

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

¿Su hijo fue retenido o repitió un grado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

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

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

¿Su hijo estaba inscrito en una clase de educación especial o en un salón de recursos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

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

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

**INFORMACIÓN DEL PROGRAMA**

Marque cualquiera de los siguientes programas en los que participó su hijo.

**PROGRAMA**

**NIVEL DE GRADO**

\_\_\_\_\_ Título I o instrucción en grupos pequeños

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Dotados y Talentosos

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

\_\_\_\_\_ Intervención rápida

\_\_\_\_\_ Apoyo dentro de la clase

**Reemplazo del centro de recursos**

\_\_\_\_\_ Clase autónoma (self contained)

\_\_\_\_\_ Terapia del habla

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

\_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Se adjunta una copia del IEP de mi hijo.

¿Está su hija/o en una colocación "fuera del distrito"? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

**OTRA INFORMACIÓN**  
**RESTRICCIONES SOCIALES**

¿Hay algún miembro de la familia o persona a quien no se le permita tener contacto con su hijo?

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

Por que? \_\_\_\_\_

Proporcione los documentos judiciales relacionados.

**DIRECCIÓN ANTERIOR**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Proporcione cualquier información adicional sobre su hijo que crea que nos puede ayudar?

---

---

---

---

---



Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ENCUESTA DE SALUD PARA ESTUDIANTES ESCOLARES DE BRADLEY BEACH

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

Con el fin de brindar los mejores servicios de salud posibles para su hijo, necesitamos conocer su historial médico y su estado actual. Proporcione respuestas a todas las preguntas. Utilice la parte de atrás de la página si es necesario. Gracias.

Marque si cree que su hijo alcanzó los siguientes hitos del desarrollo a la edad adecuada. Si hubo dificultad con alguno de estos pasos del desarrollo, indíquelo con una X. \_\_\_\_\_ sonrisa \_\_\_\_\_ sentarse y gatear \_\_\_\_\_ uso de palabras mientras daba sus pasos y mientras caminaba \_\_\_\_\_ oraciones y jugar con otros niños

Durante los chequeos regulares con el proveedor médico de su hijo, ¿se habló con usted de las preocupaciones sobre su crecimiento y desarrollo? En caso afirmativo, explíquelo por favor:

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

POR FAVOR INDIQUE SI ALGUNO DE LOS SIGUIENTES APLICA A SU HIJO.

\_\_\_\_\_ Asma: Edad diagnosticada: \_\_\_\_\_ Último episodio: \_\_\_\_\_

Medicamentos tomados para el asma: \_\_\_\_\_

TENGA EN CUENTA QUE SI SU HIJO TIENE ASMA Y NECESITARÁ MEDICAMENTOS MIENTRAS ESTÁ EN LA ESCUELA, SU MÉDICO DEBE COMPLETAR UN FORMULARIO DE PLAN DE TRATAMIENTO PARA EL ASMA.

PROVEEDOR. ESTE FORMULARIO TAMBIÉN DEBE SER FIRMADO POR EL PADRE / GUARDIÁN. FORMULARIO DISPONIBLE DE LA ENFERMERA ESCOLAR

\_\_\_\_\_ Alergias (proporcione detalles) A medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A los alimentos: \_\_\_\_\_

Alergias estacionales o ambientales: \_\_\_\_\_

¿Son necesarios los medicamentos para estas alergias? \_\_\_\_\_ Sí No \_\_\_\_\_

Por favor escriba los medicamentos que toma para las alergias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo ha necesitado un Epi-pen (epinefrina) por una reacción alérgica? En caso afirmativo, por favor indique los detalles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SI SU HIJO TIENE UNA ALERGIA QUE PUEDE CAUSAR ANAFILAXIA Y ES NECESARIO UN EPI-PEN EN LA ESCUELA, SU PROVEEDOR MÉDICO DEBE COMPLETAR UN PLAN DE TRATAMIENTO DE ALERGIAS. ESTE FORMULARIO TAMBIÉN SERÁ FIRMADO POR EL PADRE / GUÁRDIAÑ. FORMULARIO DISPONIBLE CON LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.

ESCUELA BRADLEY BEACH - ENCUESTA DE SALUD PARA ESTUDIANTES - PÁGINA 2

POR FAVOR INDIQUE SI ALGUNO DE LOS SIGUIENTES APLICA A SU HIJO. Hospitalizaciones (motivos y fechas):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lesiones graves (fracturas, huesos rotos, suturas): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Historial de infecciones frecuentes del oído: \_\_\_\_\_

¿Se ha diagnosticado o sospechado hipoacusia? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Usa anteojos o lentes de contacto:

No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, fecha de obtención: \_\_\_\_\_

¿Es necesaria la colocación del asiento al frente de la clase? \_\_\_\_\_

Medicamentos (tanto recetados como de venta libre) que actualmente se toman con regularidad. Por favor escríbalas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SI SU HIJO REQUIERE MEDICAMENTOS MIENTRAS ESTÁ EN LA ESCUELA, ES NECESARIO EL PERMISO POR ESCRITO DEL PROVEEDOR MÉDICO Y EL PADRE / GUARDIÁN. FORMULARIO DISPONIBLE CON LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.

¿ALGUNA VEZ LE HAN DIAGNOSTICADO A SU HIJO CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

En caso afirmativo, proporcione información adicional.

Trastorno congénito \_\_\_\_\_ No Si \_\_\_\_\_

Trastorno convulsivo \_\_\_\_\_ No Si \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ No Si \_\_\_\_\_

Cardiopatía \_\_\_\_\_ NO Si \_\_\_\_\_

Desorden autoinmune \_\_\_\_\_ No Si \_\_\_\_\_

Trastorno del espectro autista \_\_\_\_\_ No Sí \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Trastorno emocional o psiquiátrico \_\_\_\_\_ No Si \_\_\_\_\_

¿HAY ALGUNA OTRA PREOCUPACIÓN MÉDICA, EMOCIONAL O SOCIAL QUE SIENTA QUE LA ESCUELA DEBE TENER EN CUENTA

Doy permiso para que la enfermera de la escuela comparta información sobre la salud de mi hijo con el personal que pueda necesitar saberlo. Reconozco que compartir esta información es importante para el bienestar de mi hijo en la escuela.

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

