



ESCUELA PRIMARIA ATLANTIC HIGHLANDS

Sr. Michael Ferrarese - *Director*
Superintendente

Dra. Tara Beams -

REGISTRO DE ESTUDIANTES NUEVOS

Bienvenidos a la Escuela Primaria Atlantic Highlands. Estamos emocionados de darle la bienvenida a su hijo a nuestra comunidad escolar. Complete todos los formularios incluidos en este paquete para registrar a su hijo.

INCLUIDOS FORMULARIOS

- Información demográfica de registro de nuevos estudiantes
- Encuesta sobre el idioma del hogar
- Registro universal de salud y formulario de historial de salud

DOCUMENTOS ADICIONALES REQUERIDOS

- Copia del acta de nacimiento original del niño
- Prueba de residencia (Declaración de hipoteca, declaración de impuestos, contrato de alquiler actual, declaración jurada de residencia)
- Registro de vacunas

Cuando todos los formularios y documentos estén completos, devuélvalos a:

Atlantic Highlands Elementary School
140 First Avenue
Atlantic Highlands, NJ
07716
Teléfono: (732) 291- 2020

Si tiene preguntas sobre el proceso de registro, comuníquese con la oficina principal al (732) 291-2020 o envíe un correo electrónico a Amy Elia (aelia@ahes.k12.nj.us) y Kathleen Gallagher (kgallagher@ahes.k12.nj.us).

Inscripción de nuevo estudiante Información demográfica

Fecha: _____ (letra de imprenta)

Primer nombre del niño: _____ Segundo nombre del niño:

_____ Apellido

del niño: _____ Género: MASCULINO o FEMENINO

Fecha de nacimiento del niño (MM/DD/AAAA): _____ Ciudad/Estado de nacimiento:

Edad del niño: _____ Grado de ingreso: _____ ¿Es usted una familia militar? SÍ o NO

Origen étnico: Blanco Negro Hispano/latino Asiático Isleño del Pacífico

Otro: _____

Idioma principal que se habla en el hogar: _____

Idioma secundario: _____

Dirección de la casa:

¿Tiene su hijo seguro médico?

SÍ, Proveedor de seguros:

NO. ¿Le gustaría que su nombre y dirección se divulguen al NJ Family Care

Program? _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Padre/tutor n.º 1 (nombre y apellido): _____

Relación con el estudiante: _____

Teléfono móvil n.º: _____

Teléfono de casa n.º: _____

Dirección de correo electrónico: _____

*¿Desea que este padre/contacto reciba transmisiones de mensajes de la escuela?

SÍ o NO

Padre/Tutor #2 (Nombre y Apellido): _____

Relación con el estudiante: _____

Número de teléfono móvil: _____

Número de teléfono de casa: _____

Dirección de correo electrónico: _____

*¿Desea que este padre/contacto reciba transmisiones de mensajes de la escuela? ? Sí o NO

Contacto de emergencia n.º 1 (nombre y apellido):

Relación con el estudiante: _____

N.º de teléfono móvil: _____

N.º de teléfono de casa: _____

Dirección de correo electrónico: _____

*¿Este contacto tiene permiso para recoger a su hijo de la escuela? Sí o NO

NOTA: Se pueden agregar contactos de emergencia adicionales en el Portal para padres de Génesis en un momento posterior.

Información demográfica de registro de estudiantes nuevos

(letra de imprenta)

(para estudiantes nuevos de jardín de infantes)

¿Su hijo asistió a un programa preescolar? Sí o NO

*En caso afirmativo, ¿durante cuántos meses/años?

Nombre/dirección del preescolar:

¿Recibió su hijo servicios a través del Programa de Intervención Temprana de NJ? Sí o NO

(Para otros estudiantes nuevos: Grado 1 - 6)

Nombre, dirección y número de teléfono de la escuela anterior:

¿Qué niveles de grado completó su hijo en esta escuela:

¿Fue evaluado su hijo por el Equipo de Estudio del Niño?

Marque los programas/servicios que su hijo tuvo en su escuela anterior:

- Programas de educación especial a través de un Plan de educación individual (IEP)
- Terapia del habla Terapia ocupacional Fisioterapia
- Apoyo conductual Apoyo del consejero escolar
- Plan 504 (con base médica) Apoyo de enfermería
- Programación de apoyo de habilidades básicas para ELA
- Programación de apoyo de habilidades básicas para matemáticas
- Programación para dotados y talentosos (enriquecimiento)
- Apoyo de inglés como segundo idioma (ESL)

Programa de almuerzo gratis o a precio reducido

Banda - ¿Instrumento? _____

*¿La casa del niño está equipada con Internet? Sí o NO

Comentarios adicionales:

Firma del padre/tutor: _____

Fecha:

Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar: Paso 1

Introducción

Esta encuesta es el primero de tres pasos para identificar si un estudiante es elegible para ser estudiante del idioma inglés (ELL).

Instrucciones

Comience con la "Pregunta 1" y continúe hasta que termine la encuesta. Seleccione una respuesta para cada pregunta y siga las instrucciones. Cuando llegue a la decisión ("Pasar al proceso de revisión de registros" o "No pasar al proceso de revisión de registros"), la encuesta sobre el idioma del hogar quedará finalizada.

Información sobre el alumno

Nombre del alumno: Fecha de nacimiento del alumno:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Cuestionario

Pregunta 1

¿Cuál fue el primer idioma que el alumno utilizó?

Otro idioma que no sea el inglés. Pase a la pregunta 2a.

Inglés. Pase a la pregunta 2b.

Pregunta 2a

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

Sí. Pase a la pregunta 7.

No. Pase a la pregunta 4.

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

Sí. Pase a la pregunta 4.

No. Pase a la pregunta 3.

Pregunta 2b

Pregunta 3

¿El alumno entiende un idioma que no sea el inglés?

Sí. Pase a la pregunta 4.

No. Pase a la pregunta 9.

Pregunta 4

Cuando interactúa con sus padres o tutores, ¿el alumno usa otro idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?

Sí. Pase a la pregunta 7.

No. Pase a la pregunta 5.

Pregunta 5

Cuando interactúa con otros cuidadores que no sean sus padres o tutores, ¿el alumno usa otro idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?

Sí. Pase a la pregunta 8.

No. Pase a la pregunta 6.

Pregunta 6

¿El alumno se ha mudado recientemente de otro distrito escolar/escuela experimental donde se lo identificó como estudiante del idioma inglés?

Sí. Pase a la pregunta 8.

No. Pase a la pregunta 9.

Pregunta 7

¿Cuáles son los idiomas que se hablan en el hogar? A continuación, haga una lista de estos idiomas y pase a la pregunta 8.

8. Pase al paso 2: Proceso de revisión de registros (Para que complete únicamente personal certificado de NJ – Referencias [Guía de ingreso y egreso ESSA ELL](#), p. 4).

La encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar está completa.

9. No pase al paso 2: Proceso de revisión de registros. La encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar está completa. El alumno no es estudiante del idioma inglés (ELL).

Requisitos de salud para

examen físico escolar:

cada estudiante que ingresa a la escuela **debe** tener la documentación de un examen físico realizado dentro de un año antes de la fecha de ingreso a la escuela. Esto debe ser en un formulario provisto para este propósito. El médico debe anotar qué modificaciones, si las hubiere, se requieren para la plena participación en el programa escolar.

Vacunas:

Las siguientes son las vacunas requeridas para asistir a la escuela (NJAC 6A: 16-2.2 y 8: 57-4)
Se debe presentar una copia del registro de vacunación más reciente de su hijo O una copia de una exención religiosa firmada y fechada ANTES DEL 30 DE AGOSTO , 2023 para que su hijo sea admitido en la escuela.

Preescolar:

- DPT: un mínimo de 4 dosis
- POLIO: un mínimo de 3 dosis
- MMR: Una dosis administrada al cumplir 1 año o después
- VARICELA: Una dosis administrada al cumplir 1 año o después O documentación escrita de haber tenido varicela desde se acepta evidencia médica o de laboratorio de inmunidad
- HEPATITIS B: 3 dosis
- NEUMOCÓCICA (PCV): una dosis administrada al cumplir 1 año o después
- HIB: una dosis administrada al cumplir 1 año o después
- INFLUENZA (GRIPE): una dosis entre el 1 de septiembre -31 de diciembre de cada año para edades de 6 a 59 meses. **Los estudiantes que no reciban la vacuna contra la gripe o que no tengan documentación para no vacunarse antes del 31 de diciembre serán excluidos de la escuela hasta que se reciba el comprobante de vacunación.**

Los requisitos de vacunación de jardín de infantes son:

- DPT: un mínimo de 4 dosis, una dosis **debe** ser después del 4.º cumpleaños, o 5 dosis
- POLIO: un mínimo de 3 dosis, una dosis **debe ser** después del 4.º cumpleaños, o 4 dosis
- MMR: 2 dosis con la primera dosis al cumplir 1 año o después, se acepta evidencia de inmunidad por laboratorio
- VARICELA: Una dosis al cumplir 1 año o después o documentación escrita de tener varicela del médico o evidencia de inmunidad por laboratorio es aceptable
- HEPATITIS B: 3 dosis

**** Comuníquese con la enfermera Daria Del Prete con cualquier pregunta relacionada con los requisitos de salud para la escuela al 732-291-2020 ext. 1106 o ddelprete@ahes.k12.nj.us ****

Atlantic Highlands Elementary School

FORMULARIO DE HISTORIAL

Nombre del estudiante: _____ Sexo: _____

Teléfono _____

Nombre del médico _____

Teléfono _____

Dirección

1 _____

Nombre y número de teléfono del tutor

2 _____

VACUNAS: Adjunte una copia del registro de vacunación actualizado de su médico de atención primaria.

Cuestionario de historial de salud:

¿Tiene su hijo alguna enfermedad crónica o en curso? _____

¿Su hijo usa anteojos o utiliza un audifono? _____

¿Su hijo ha tenido alguna lesión recientemente? _____

¿Su hijo ha tenido una cirugía? _____

¿Toma su hijo algún medicamento recetado? _____

¿Tiene su hijo alguna alergia o asma? _____

¿Su hijo tiene una alergia potencialmente mortal que puede requerir la administración de un autoinyector de epinefrina? _____

*****Si su hijo lleva un autoinyector de epinefrina (como EPIPEN), comuníquese con la enfermera de la escuela lo antes posible para discutir el cuidado de su hijo durante el año escolar.*****

¿Tu hijo ha tenido:

Ansiedad/nerviosismo _____

cabeza frecuentes _____

Problemas de sangrado _____

Diabetes _____

Infecciones de oído frecuentes _____

Convulsiones _____

garganta frecuentes _____

Problemas gastrointestinales _____

¿Hay alguna otra condición de salud que debemos tener en cuenta? _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

APPENDIX H

**UNIVERSAL
CHILD HEALTH RECORD**

Endorsed by: American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter
New Jersey Academy of Family Physicians
New Jersey Department of Health

SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT(S)					
Child's Name (Last) _____ (First) _____		Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		Date of Birth ____ / ____ / ____	
Does Child Have Health Insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier _____			
Parent/Guardian Name _____		Home Telephone Number () - _____		Work Telephone/Cell Phone Number () - _____	
Parent/Guardian Name _____		Home Telephone Number () - _____		Work Telephone/Cell Phone Number () - _____	
I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.					
Signature/Date _____				This form may be released to WIC. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER					
Date of Physical Examination: _____			Results of physical examination normal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Abnormalities Noted: _____			Weight (must be taken within 30 days for WIC)		
			Height (must be taken within 30 days for WIC)		
			Head Circumference (if <2 Years)		
			Blood Pressure (if ≥3 Years)		
IMMUNIZATIONS			<input type="checkbox"/> Immunization Record Attached		
			<input type="checkbox"/> Date Next Immunization Due: _____		
MEDICAL CONDITIONS					
Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Medications/Treatments • List medications/treatments:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Allergies/Sensitivities • List allergies:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS					
Type Screening	Date Performed	Record Value	Type Screening	Date Performed	Note if Abnormal
Hgb/Hct			Hearing		
Lead: <input type="checkbox"/> Capillary <input type="checkbox"/> Venous			Vision		
TB (mm of Induration)			Dental		
Other:			Developmental		
Other:			Scoliosis		
<input type="checkbox"/> I have examined the above student and reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is medically cleared to participate fully in all child care/school activities, including physical education and competitive contact sports, unless noted above.					
Name of Health Care Provider (Print) _____			Health Care Provider Stamp: _____		
Signature/Date _____					