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 DEL IDIOMA DEL HOGAR: Paso 1

Introducción: Este cuestionario es el primer paso para identificar si su hijo es elegible o no para ser un aprendiz del idioma inglés (ELL) .

Nombre completo del niño: _____ Fecha de nacimiento:

_____

Padre/tutor: _____

Dirección/ciudad/estado: _____

_____

Responda las siguientes preguntas:

1. **¿Cuál fue el primer idioma que usó el estudiante? (Circule uno)**

   a. **Inglés** b. **Otro idioma _____**

2. **En casa, ¿el estudiante escucha o usa un idioma que no sea inglés más del 50% del tiempo?**

   a. **Si b. NO**

3. **¿El estudiante entiende un idioma diferente al inglés?**

   una. Si b. NO

4. **Al interactuar con sus padres, ¿el estudiante usa un idioma diferente al inglés más del 50% del tiempo?**

   una. Si b. NO

5. **Al interactuar con los cuidadores, ¿los estudiantes usan un idioma que no sea inglés más del 50% del tiempo?**

   una. Si b. NO

6. **¿Alguna vez su hijo ha sido identificado como aprendiz del idioma inglés en otro distrito escolar?**

   una. Si b. NO

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

**Este distrito escolar utilizará esta información para determinar si su hijo necesita ser evaluado más a fondo para determinar su elegibilidad como estudiante del idioma inglés.*

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 audífono?_____
¿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 debamos 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 ☐ Male ☐ Female	Date of Birth / /

Does Child Have Health Insurance? ☐Yes ☐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. ☐Yes ☐No

SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER

Date of Physical Examination:	Results of physical examination normal? ☐Yes ☐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	☐ Immunization Record Attached ☐ Date Next Immunization Due: _____

MEDICAL CONDITIONS

Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Medications/Treatments • List medications/treatments:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Allergies/Sensitivities • List allergies:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:	☐ None ☐ 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: ☐ Capillary ☐ Venous			Vision		
TB (mm of Induration)			Dental		
Other:			Developmental		
Other:			Scoliosis		

☐ ***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	

CH-14 OCT 17 Distribution: Original-Child Care Provider Copy-Parent/Guardian Copy-Health Care Provider