

Lindenwold Public School District

Preschool to Grade 4

Paquete de registro

(SPANISH)

PREESCOLAR SOLAMENTE: Los residentes de Lindenwold que estén interesados en inscribir a sus hijos de tres y/o cuatro años en el programa preescolar integrado de cinco días y sin costo de matrícula de las Escuelas Públicas de Lindenwold pueden inscribirse en una próxima lotería para a asiento en nuestro programa 2024-2025. La **FECHA LÍMITE** para registrarse en la lotería de preescolar es a las 4 p.m. del 1 de mayo de 2024.

Los estudiantes seleccionados en la lotería serán notificados antes del 8 de mayo de 2024. Para obtener más información, visite nuestro sitio web en www.lindenwold.k12.nj.us y seleccione Registro preescolar y Información de la lotería en la página de registro central del distrito. Solo necesitará **COMPLETAR** este paquete, junto con la Prueba de residencia y los formularios médicos si es seleccionado en la lotería para un asiento de preescolar en el año escolar 2024-2025.

Distrito Escolar Público de Lindenwold
PASOS PARA LA MATRÍCULA CENTRALIZADA

1. Por favor contacte a Vanessa Rivera para agendar una cita de grados K-12, @ (856) 784-4071 ext. 3126 ó vrivera@Lindenwold.k12.nj.us
 - **Para inscripciones preescolares:** por favor comuníquese con Nora Franco @ (856) 783-1499 ext. 6000 ó nfranco@Lindenwold.k12.nj.us
2. **Antes** de su cita por favor complete la aplicación de pre-registro ubicada en la página web del Distrito Escolar de Lindenwold @ www.lindenwold.k12.nj.us

En el lado derecho de la página principal por favor haga clic en
[Central Registration Link](#)

Las citas de inscripción PREESCOLAR se llevarán a cabo en:

Edificio Preescolar

100 South Avenue
Lindenwold, NJ 08021
(856) 783-1499 ext. 6000

Horas de inscripción:

lunes-viernes (con cita)
9:30 - 11:30am & 1:00 - 3:00pm

Las citas de inscripción de K-12° grado se llevarán a cabo en:

Edificio de administración

801 Egg Harbor Road
Lindenwold, NJ 08021
(856) 784-4071 ext. 3126

Horas de inscripción:

lunes-viernes (con cita)
9:30 - 11:30am & 1:00 - 3:00pm

Documentos requeridos para la inscripción:

- Paquete de inscripción (***debe ser completado antes de su cita de registro**)
- Partida de Nacimiento original del estudiante(s) O/ documento de corte del foster
- ID del padre / tutor legal
- Tarjeta de transferencia y grados (transcripciones—para estudiantes de secundaria)
- Copia del IEP (educación especial)—si es aplicable
- Cartilla de Vacunas
- Examen Físico
- Forma dental (**SOLAMENTE Kínder**)
- **3 comprobantes *al corriente* (1 primario y 2 secundarios) de domicilio *con* el nombre de padres/tutor**
 - **PRIMARIO:** Contrato *vigente* de Renta/factura de hipoteca/factura de impuestos/papeles de compra
 - **SECUNDARIO:** 2 facturas de servicios dentro de los últimos 30 días (electricidad, gas, agua, cable, internet, ó ID con dirección actual, etc.)

INFORMACIÓN PRELIMINAR: POR FAVOR LEA ANTES DE CONTINUAR

Las preguntas formuladas en las siguientes páginas nos permitirán determinar la elegibilidad de su estudiante para que asista a una escuela en este distrito de acuerdo con la ley de Nueva Jersey. Sírvase tomar en cuenta que N.J.S.A. 18A:38-1 y N.J.A.C. 6A:22 requieren que se proporcione una educación pública gratuita a los estudiantes entre las edades de 5 y 20 años y a ciertos estudiantes menores de 5 años y mayores de 20 años, conforme se especifica en otra ley pertinente, quienes están:

- Domiciliados en el distrito, por ejemplo, el hijo de padres o tutor legal, o un estudiante adulto, cuya vivienda permanente está ubicada dentro del distrito. Una vivienda es permanente cuando los padres, tutor legal, o estudiante adulto tienen la intención de regresar a ella cuando están ausentes y no tienen la intención actual de mudarse, a pesar de la existencia de viviendas o residencias en otros lugares.
- Viviendo con una persona, que no sean los padres o tutor legal, quienes están domiciliado en el distrito y están manteniendo a estudiante sin compensación, como si fuera su propio hijo(a), porque los padres no pueden mantenerlo(a) debido a dificultades familiares o económicas.
- Viviendo con una persona domiciliada en el distrito que no sean los padres o tutor legal, cuando uno de los padres/tutor legal es miembro de la Guardia Nacional de Nueva Jersey o componente de la reserva de las fuerzas armadas de Estados Unidos y ha sido ordenado al servicio militar activo en las fuerzas armadas de Estados Unidos en tiempo de guerra o de emergencia nacional.
- Viviendo con padres o tutor legal quienes están temporalmente viviendo en el distrito.
- El hijo(a) de padres o tutor legal quienes se mudan a otro distrito como resultado de haberse quedado sin hogar.
- Colocado en la vivienda de un residente del distrito por orden judicial, conforme a N.J.S.A. 18A:38-2.
- El hijo(a) de padres o tutor legal que residieron anteriormente en el distrito pero es un miembro de la Guardia Nacional de Nueva Jersey o componente de la reserva de las fuerzas armadas de Estados Unidos y ha sido ordenado al servicio militar activo en tiempo de guerra o de emergencia nacional, dando como resultado la reubicación del estudiante, conforme a N.J.S.A. 18A:38-3(b).
- Residiendo en una propiedad federal dentro del estado, según N.J.S.A. 18A:38-7.7 y siguientes.

Notar que “tutor legal” quiere decir una persona a quien un tribunal de jurisdicción competente ha concedido la tutela o custodia de un(a) menor, siempre que la orden de custodia residencial otorgue derecho al niño(a) para que asista a la escuela en el distrito escolar del custodio residencial, sujeto a una presunción refutable de que el niño está viviendo actualmente con tal tutor; también quiere decir el Departamento de Menores y Familias para los fines de N.J.S.A. 18A:38-1(e). También notar que un estudiante tiene derecho a asistir a la escuela en el distrito de domicilio a pesar de que el estudiante está calificado para asistir a la escuela en un distrito diferente como un estudiante “de afidávit” o residente temporal.

*Notar que lo siguiente **no** afecta la elegibilidad de un estudiante para matricularse en la escuela:*

- Condición física de la vivienda, o cumplimiento de ordenanzas locales de vivienda, o términos del contrato de alquiler.
- Estado de inmigración/visa, a excepción de estudiantes que tienen o desean conseguir una visa (F-1) emitida específicamente con el propósito de estudio limitado con pago de pensión, en una escuela secundaria pública de Estados Unidos.
- Ausencia de una copia certificada de partida de nacimiento u otra prueba de identidad de estudiante, aunque éstas deben proporcionarse dentro de los 30 días de la inscripción inicial de conformidad con NJSA 18A: 36-25,1.
- Ausencia de información médica de estudiante, aunque la asistencia actual a la escuela puede diferirse según sea necesario, de conformidad con normas relativas a la inmunización de los estudiantes, NJAC 8: 57 a 4,1 y siguientes.
- Ausencia de records educativos previos de estudiante, aunque la colocación educativa inicial de estudiante puede estar sujeta a revisión tras la recepción de sus records o una nueva evaluación por parte del distrito.

Las siguientes formas de documentación pueden demostrar elegibilidad de un estudiante para ser matriculado en el distrito. La documentación especial necesaria para demostrar elegibilidad bajo disposiciones específicas de ley será indicada en la sección correspondiente del formulario de inscripción.

- Recibos de impuestos de propiedad, escrituras, contratos de venta, arrendamientos, hipotecas, cartas firmadas por los propietarios, y otras evidencias de propiedad, alquiler, o residencia.
- Registros de votantes, licencias, permisos, información de cuentas financieras, facturas de servicios públicos, recibos de entrega, y cualquier otra evidencia de vinculación personal a una localidad en particular.
- Órdenes judiciales, contratos de agencias del Estado y cualquier otra evidencia de colocaciones de la corte o agencias, o directivas.
- Recibos, facturas, cheques cancelados y cualquier otra evidencia de gastos que demuestren vinculación personal a una localidad en particular, o, cuando sea aplicable, para mantener al estudiante.
- Informes médicos, evaluaciones de consejero(a) o asistente(a) social, documentos de trabajo, declaraciones de beneficios, y cualquier otra evidencia de circunstancias que acrediten, cuando sea aplicable, dificultades económicas o familiares, o residencia temporal.
- Declaraciones juradas, certificaciones y atestados jurados referentes a criterios legalmente establecidos para la asistencia escolar, de los padres, tutor, persona que guarde un "estudiante afidávit," estudiante adulto, persona (s) con quienes una familia está viviendo, u otros según el caso.
- Documentos referentes a condición y asignación militar.
- Cualquier record de negocios o documento emitido por una entidad gubernamental.
- Cualquier otra forma de documentación adecuada para demostrar el derecho a asistir a la escuela.

La totalidad de información y documentación que usted presente será tomada en consideración para la evaluación de su solicitud y, a menos que sea expresamente requerido por ley, al estudiante no se le negará la matrícula basados en su imposibilidad de proporcionar cierta forma(s) de documentación cuando otra evidencia aceptable es presentada.

A usted *no* se le pedirá ninguna información o documento protegido por ley, o en relación con criterios que no son bases legítimas para determinar la elegibilidad para asistir a la escuela. Usted puede presentar *voluntariamente* cualquier documento o información que considere que ayudará a establecer que el estudiante cumple con los requisitos de ley para tener derecho a asistir a la escuela en el distrito, pero *nosotros no podemos, directa o indirectamente, exigirlos o solicitarlos*:

- Declaración de impuestos.
- Documentación/información relacionada con ciudadanía o estatus de inmigración/visa, a menos que el estudiante tenga o desee conseguir una visa F-1.
- Documentación/información relacionada con el cumplimiento de ordenanzas de vivienda locales o condiciones de arrendamiento.
- Números de sus tarjetas de Seguridad Social.

Por favor tenga en cuenta que cualquier determinación inicial sobre la elegibilidad del estudiante para asistir a la escuela en este distrito está sujeta a una revisión más completa y a una re-evaluación posterior, y que la matrícula puede ser evaluada en caso que un estudiante que inicialmente fue admitido se encuentre más tarde inelegible. Si el estudiante es encontrado inelegible, ahora o más adelante, se le proporcionará las razones de nuestra decisión e instrucciones sobre cómo apelar.

**DISTRITO ESCOLAR PÚBLICO DE LINDENWOLD
 FORMATO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE
Favor usar letra de imprenta**

Fecha de aplicación: _____ Año escolar de inscripción: _____ Grado anticipado: _____

Apellido(s): _____ 1^{er} Nombre: _____ 2^{do} Nombre: _____

Fecha Nacimiento: ____/____/____ Raza/Etnicidad: Hispano/Latino Nativo Americano/Alaska
 mes día año Asiático Afro-Americano Nativo Islas Pacifico/Hawái Blanco

Sexo: Masculino Femenino

¿Ha estado su hijo(a) alguna vez inscrito(a) en el Distrito Escolar Público de Lindenwold? Sí No

Ciudad/Estado de Nacimiento: _____
 *(Sólo para estudiantes nacidos en Estados Unidos)

País de Nacimiento: _____ Fecha de entrada a Estados Unidos: _____
 *(Sólo para estudiantes nacidos en el extranjero)

Grado/fecha que su hijo(a) empezó a estudiar en sistema escolar EEUU: Grado _____ Fecha _____

Dirección corriente del niño/a: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Dirección anterior del niño/a: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Estudiante vive aquí con: Madre/Padre Sólo Madre Sólo Padre Tutor Legal
Madre/Padrastro Padre/Madrastra Abuelo(a) Pariente con custodia

→Nombre de Madre: _____ Num. de Tel.: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado/CP: _____

Num. de Trabajo: _____ Email: _____

¿Estudiante vive aquí? ¿Correo llega aquí? ¿Contacto Médico? ¿Autorizada para recoger a estudiante?

→Nombre de Padre: _____ Num. de Tel.: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado/CP: _____

Num. de Trabajo: _____ Email: _____

¿Estudiante vive aquí? ¿Correo llega aquí? ¿Contacto Médico? ¿Autorizado para recoger a estudiante?

→Nombre de Tutor: _____ Relación al estudiante: _____
(si no es el padre o la madre)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado/CP: _____

de Tel: _____ # de Trabajo: _____ Email: _____

¿Estudiante vive aquí? ¿Correo llega aquí? ¿Contacto Médico? ¿Autorizado para recoger a estudiante?

Sin conexión militar En servicio activo Guardia Nacional o Reserva Desconocido

*¿Su hijo(a) recibe SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL/IEP? Sí No

¿Existen algunas alertas/situaciones especiales que necesitamos conocer? Sí No

En caso afirmativo, favor explicar: _____

DISTRITO ESCOLAR PÚBLICO DE LINDENWOLD
Cuestionario de Residencia de Estudiantes Inscritos/Verificación

Nombre de Estudiante: _____

De acuerdo con la ley del estado de Nueva Jersey (NJSA 18A:38-1 y 18A:7B-12), es necesario determinar la residencia de los estudiantes que entran a nuestro distrito escolar.

Por favor indique cual situación describe mejor la residencia ACTUAL del estudiante:

_____ 1. Estudiante vive con padres/tutor legal en su propia casa o apartamento (alquilado o propio).
(Elección #1; también por favor complete la siguiente página: Información de Residencia: PERMANENTE)

_____ 2. Estudiante fue colocado en un _____ Hogar Sustituto ó _____ Hogar de Grupo/de Tratamiento por DCP&P (División de Protección y Permanencia de Menores) o agencia similar

Trabajador/a del caso: _____ Núm. de Tel: _____
(Elección #2; también por favor complete la siguiente página: Información de Residencia: PERMANENTE)

_____ 3. Estudiante vive con padres/tutor legal/solo, en el hogar de un(a) pariente o amigo(a) debido a dificultades económicas o una situación de crisis familiar.
(Elección #3; también por favor complete: Información de Residencia: Ley McKinney Vento de asistencia a personas sin hogar y la declaración jurada de residencia)

_____ 4. Estudiante vive con padres/tutor legal/solo, en el hogar de un(a) pariente o amigo(a) por elección propia.
(Elección #4; también por favor complete: Declaración Jurada de Residencia)

_____ 5. El estudiante es un niño o joven no acompañado que cumple con la definición de la Ley McKinney Vento y no está bajo la custodia física de un padre o tutor
(Elección #3; también por favor complete: Información de Residencia: Ley McKinney Vento de asistencia a personas sin hogar y la declaración jurada de residencia)

Firma de Padres/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

- Nota: El estatus de inmigración/visa no afectará la elegibilidad para asistir a la escuela. Cualquier estudiante domiciliado en el distrito escolar o elegible de otra manera para asistir a la escuela ahí, de conformidad con la ley N.J.A.C. 6A:22-3.2 deberá ser matriculado sin tener en cuenta, o hacer preguntas sobre su estatus migratorio.

DISTRITO ESCOLAR PÚBLICO DE LINDENWOLD

Información de Residencia: PERMANENTE

Nombre de Estudiante: _____ Fecha: _____

Yo, _____ declaro bajo juramento que lo siguiente es verdad:

1. El _____ me mudé al municipio de Lindenwold, en el estado de Nueva Jersey.
2. Mi dirección es: _____ y estaré residiendo aquí en base **permanente** con estudiante arriba mencionado(a).
3. Soy ___ madre ___ padre ___ tutor legal de estudiante arriba mencionado(a) y él/ella vive conmigo en la dirección indicada en el Punto 2.
4. No soy la madre, padre, ni tutor legal pero este estudiante está viviendo conmigo porque _____
5. A fin de documentar la validez de este arreglo de vivienda, estoy proporcionando a la Junta Directiva de Educación de Lindenwold una copia de mi actual factura del impuesto a la propiedad, papeles de mi hipoteca, contrato de alquiler, o declaración jurada del propietario Y **dos pruebas** de residencia de la siguiente lista:
____ Licencia de conducir válida o tarjeta de registro electoral con nombre y dirección correctos.
____ Recibo actual de servicios públicos con nombre y dirección correctos.
____ Acuerdos con agencias estatales y otra evidencia judicial o de una agencia, sobre colocación de menores
____ Otra anotada aquí _____

Otras formas de documentación aceptadas – por favor lea la hoja de Información Preliminar o comuníquese con Abby Ramirez, Registradora Central en el tlf. (856) 784-4071 extensión 3126 para informarse.

Si los padres del estudiante viven en distritos diferentes, independientemente de cuál de ellos tenga su custodia, por favor conteste las siguientes preguntas:

6. ¿Hay una orden judicial o acuerdo por escrito entre los padres designando un distrito escolar? si es así, ¿a qué escuela requiere que el estudiante asista? (se le pedirá que proporcione una copia de este documento) _____
7. ¿El estudiante reside con uno de sus padres durante todo el año? Si es así, ¿con cuál de sus padres y en qué dirección? _____
Si no, ¿qué parte del año el estudiante vive con cada padre y en qué dirección?

PADRES: _____

Nombre en letra de imprenta

Firma

Witnessed on this _____ day of _____, 20 _____

Print Name (Witness)

Signature of Witness

DISTRITO ESCOLAR PÚBLICO DE LINDENWOLD
Información de Residencia
Ley McKinney Vento de Asistencia a Personas sin Hogar

Nombre de Estudiante: _____ **Fecha:** _____

Yo, _____ declaro bajo juramento que lo siguiente es verdad:

1. El _____ me mudé al municipio de Lindenwold debido a la pérdida de mi vivienda, penurias económicas, o una razón similar. Actualmente no puedo proporcionar una vivienda permanente propia y me estoy alojando temporalmente en la casa de _____

Cuya dirección es: _____

2. Soy ___ madre ___ padre ___ tutor legal de estudiante arriba mencionado(a) y él/ella vive conmigo en la dirección indicada en el Punto 1.

3. Mi dirección anterior fue: _____

y me mudé de esta dirección debido a: _____

4. El estudiante arriba mencionado ___ fue ___ no fue matriculado en la escuela antes de mudarse a Lindenwold.

Nombre de escuela anterior: _____

Dirección de escuela anterior: _____

PADRES: _____

Nombre en letra de imprenta

Firma

****Se le pedirá que entregue una Declaración Jurada de Residencia que deberá completar el padre/madre/ tutor legal y el propietario de la propiedad de Lindenwold.**

Witnessed on this _____ day of _____, 20_____

Print Name (Witness)

Signature of Witness

LINDENWOLD PUBLIC SCHOOL DISTRICT (Distrito Escolar Público de Lindenwold)
RESIDENCY AFFIDAVIT (Declaración Jurada de Residencia)

I, _____, am currently residing at the following
Lindenwold Resident (Yo, residente de Lindenwold) (,estoy residiendo en la siguiente

address: _____
dirección:)

The following people currently reside with me (las siguientes personas actualmente residen conmigo):

Parent/Legal Guardian (padre/madre/tutor legal)

Parent/Legal Guardian (padre/madre/tutor legal)

Student Name (nombre de estudiante)

Student Name (nombre de estudiante)

Student Name (nombre de estudiante)

Student Name (nombre de estudiante)

**In order to meet the guidelines for registration in this district, I have attached copies of documents verifying my address which is listed above. (A fin de cumplir con los requisitos para la inscripción en este distrito, he adjuntado copias de documentos que verifican mi dirección, la cual aparece arriba.)

Lindenwold Resident's Signature
(Firma de residente de Lindenwold)

Date
(Fecha)

Parent(s)/Legal Guardian's Signature
(Firma de padre/madre/tutor legal)

Date
(Fecha)

The above individuals appeared before me on this the _____ day of _____, 20_____
(Los individuos arriba mencionados comparecieron ante mí el) (día de)

Notary Public (Notario Público)

Please return this form along with Lindenwold Resident's current Rental/Lease Agreement, tax bill or mortgage statement **AND 2 additional proofs of residency such as recent utility bill, bank statement, county ID, cell phone bill, etc. (Favor devolver este formato junto con el contrato de alquiler/arrendamiento actual, factura de impuestos o estado de cuenta hipotecario del residente de Lindenwold **Y** 2 pruebas adicionales de residencia reciente como recibo de servicios, estado de cuenta bancario, identificación del condado, cuenta de teléfono celular, etc.)

Escuelas públicas de Lindenwold

Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar

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: _____ Fec. Nac.: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____ Teléfono: _____

Cuestionario

Pregunta 1

¿Cuál fue el primer idioma que el alumno utilizó?

- Si 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

Pregunta 2b

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 3

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

- Sí. Pase a la pregunta 4
- No. Pase al # 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

CONTINÚE A LA PÁGINA 2



Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar (página 2-cont.)

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 al # 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 al # 8

- No. Pase al # 9

Pregunta 7

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

1. _____

2. _____

3. _____

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)****

FORMULARIO DE EXCLUSIÓN DE MEDIOS / INTERNET

****LLENE ESTA FORMA SOLAMENTE
SI NO DESEA QUE SU HIJO(A) PARTICIPE****

"Las Escuelas Públicas de Lindenwold están orgullosas de los muchos logros de nuestros estudiantes. Ya sea que estén involucrados en actividades académicas o sociales, nuestros estudiantes nos enorgullecen. A menudo filmamos y tomamos fotos en estos eventos. Estas fotos y videos se usan para el canal 192 del distrito, la página web de nuestro distrito y otras publicaciones. **Si no desea** que se incluya la imagen de su hijo(a) en estas publicaciones, **debe comunicarse** con nosotros por escrito completando el formulario de política de divulgación de medios que se encuentra en los formularios para devolver el paquete.

Nuestra escuela también ofrece una amplia variedad de oportunidades académicas que incluyen el uso de Internet. Muchas de nuestras clases planifican actividades utilizando Internet. Los maestros vigilan atentamente a los estudiantes mientras usan Internet y se configura un firewall para bloquear sitios inapropiados. **Si no desea** que su hijo(a) aproveche esta oportunidad, debe completar el formulario de política de uso de Internet que se encuentra en los formularios para devolver el paquete."

- NO DESEO** TENER LA FOTOGRAFÍA DE MI HIJO(A) O SEMEJANZA APARECEN EN EL SITIO WEB ESCOLAR LINDENWOLD (WWW.LINDENWOLD.K12.NJ.US) O EN OTROS MEDIOS.
- HE LEÍDO LA POLÍTICA DE INTERNET Y **NO DESEO** QUE MI HIJO(A) UTILICE EL INTERNET EN EL DISTRITO ESCOLAR DE LINDENWOLD.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

GRADO/MAESTRO(A): _____

NOMBRE DE MADRE/PADRE: _____

FIRMA DE MADRE/PADRE: _____

FECHA: _____ (El permiso es válido por un período de UN año)

**DISTRITO ESCOLAR PÚBLICO DE LINDENWOLD
PERMISO PARA RELEVAR TODOS LOS RECORDS DEL ESTUDIANTE**

Escuela 4 Lindenwold
900 E. Gibbsboro Road
Lindenwold, NJ 08021
TLFN.: 856-783-0405
FAX: 856-782-2299

Escuela 5 Lindenwold
550 Chews Landing Road
Lindenwold, NJ 08021
TLFN.: 856-784-4063
FAX: 856-782-2293

Escuela Intermedia Lindenwold
40 White Horse Avenue
Lindenwold, NJ 08021
TLFN.: 856-346-3330
FAX: 856-346-1601

Escuela Secundaria Lindenwold
801 Egg Harbor Road
Lindenwold, NJ 08021
TLFN.: 856-741-0320
FAX: 856-566-6532

Escuela Preescolar Lindenwold
100 South Avenue
Lindenwold, NJ 08021
TLFN.: 856-783-1499
FAX: 856-783-1665

Depto. de Servicios Especiales Lindenwold
801 Egg Harbor Rd.
Lindenwold, NJ 08021
TLFN.: 856-784-4071
FAX: 856-782-2292

**RELEASE OF RECORDS
RELEVO DE ARCHIVOS**

Escuela Anterior: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Número de teléfono de la escuela: _____ Fax : _____

El/la siguiente estudiante se ha inscrito en el Distrito Escolar de Lindenwold el: _____
fecha

NOMBRE: _____ GRADO: _____ FECHA NACIMIENTO: _____
Student's name *Grade* *DOB*

* * * * *

Les doy mi permiso para que releven todos los Records para el/la estudiante indicado(a) arriba (Nota: Permiso no requerido por los Códigos Administrativos de Nueva Jersey (NJAC por sus siglas en Inglés))

Tengo entendido que bajo los requisitos federales de *No Child Left Behind* (Que ningún niño se quede atrás), debo ahora también autorizar que releven los records de conducta de mi hijo(a) junto con sus records permanentes, y mi firma abajo indica mi autorización y permiso para relevar dichos records a la escuela arriba mencionada, tan pronto como les sea posible.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

De acuerdo con el Código Administrativo 6:3-2.1 al 2.8 de Nueva Jersey, "Los records obligatorios de los alumnos deberán ser enviados a su nuevo distrito...". Favor enviar el archivo acumulativo, records de salud, notas actualizadas, y cualquier otro record obligatorio del alumno arriba mencionado, tan pronto como sea posible.

Paquete de información médica

Bienvenidos al Distrito Escolar de Lindenwold. Para asegurarnos que sus hijos permanezcan seguros y saludables durante el año escolar, requerimos la siguiente información el día de la matriculación. *Además, si su hijo o hija, tiene alguna condición de salud crónica, como asma, diabetes, ataques epilépticos, etc., por favor notifique a su enfermera de la escuela lo más pronto posible, ya que se necesitara información adicional.*

Preescolar de Lindenwold

Sheila Taney, RN, MSN, CSN
 School Nurse
 (856) 783-1499, ext. 6003

Escuela #4 de Lindenwold

Lisa Johnson, RN, MSN, CSN
 School Nurse
 (856) 783-0405, ext. 4008

Escuela #5 de Lindenwold

Marietta Canavan, RN, BSN, CSN
 School Nurse
 (856) 784-4063, ext. 5005

Secundaria de Lindenwold

Sheila Taney, RN, MSN, CSN
 School Nurse
 (856) 346-3330, ext. 2322

Preparatoria de Lindenwold

Sara Barry, RN, BSN, CSN
 School Nurse
 (856) 741-0320, ext. 1507

Preschool –Grade 4

| | |
|-----------------|--|
| Student's Name: | Grade: |
| | Confidential Health History |
| | Medical Questionnaire |
| | Immunization Record |
| | PPD Test Needed (Tuberculosis) |
| | Physical Form |
| | Blue Card |
| | Dental Exam (Kindergarten ONLY) |
| | Influenza Vaccine Notification (Preschool ONLY) |

Transf. from: _____ **Notes:** _____

ESCUELAS PÚBLICAS DE LINDENWOLD

MATRÍCULA PARA PREESCOLAR / KINDERGARTEN / PRIMER GRADO A CUARTO GRADO
ANTECEDENTES MÉDICOS - CONFIDENCIAL

Nombre del menor: _____ Sexo: M F Fecha de nacimiento: _____

Nombre de los padres/tutores: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Doctor/ especialista primario: _____ Número de teléfono: _____

I. Embarazo y parto (Escoja una)

1. ¿La madre padeció alguna enfermedad durante el embarazo con este niño? Sí _____ No _____
2. ¿Dio a luz en la fecha programada?
Si la respuesta es no, explique _____ Sí _____ No _____
3. ¿La madre tuvo algún problema durante el parto?
Si la respuesta es sí, explique _____ Sí _____ No _____
4. ¿Su niño tuvo algún problema durante el parto o después del parto?
Si la respuesta es sí, explique _____ Sí _____ No _____
5. ¿Su bebé tuvo dificultad para empezar a respirar? Sí _____ No _____
6. ¿Su niño tuvo algún problema en el hospital?
Si la respuesta es sí, explique _____ Sí _____ No _____
7. ¿Cuánto pesó el niño al nacer? Libras _____ Onzas _____

II. Familiar/Social

5. ¿La madre y el padre gozan de buena salud? Sí _____ No _____
6. ¿Tiene algún familiar con problemas de salud grave que debiéramos conocer?
Si ese es el caso, sírvase explicar _____ Sí _____ No _____

III. Parametros del desarrollo (Ponga la edad o márkelo con una palomita)

1. Se sentó solo _____ meses
2. Empezó a gatear _____ meses
3. Empezó a caminar solo _____ meses
4. Dijo las primeras palabras _____ meses
5. Empezó a hablar en oraciones _____ años
6. Empezó a vestirse solo _____ años
7. Empezó a comer solo _____ años
8. Se amarró los cordones de los zapatos _____ años
9. Empezó a usar el baño por sí solo _____ años

10. ¿Su niño juega con otros niños que no sean sus hermanos/hermanas? Sí _____ No _____

11. ¿Su niño es un niño independiente ? ¿Es tímido ?

12. ¿Qué mano usa su niño para la mayoría de las cosas? Derecha _____ Izquierda _____ Ambas _____

13. ¿Monta triciclo? _____ años

14. ¿Tiene alguna inquietud en cuanto a lo siguiente? (Marque con una palomita)

Mal genio _____ No le importa nada _____ Aguanta la respiración _____

Celoso _____ Tiene problemas para dormir _____ Se chupa el dedo _____

Se come las uñas _____ Tartamudea _____ Comprensión de la dicción _____

IV. Medication

¿El alumno toma algún medicamento en la actualidad? Sí _____ No _____

Si la respuesta es sí, diga los medicamentos, las dosis y la razón por la que se los tiene que tomar:

Infecciones, enfermedades y otros problemas

Su niño alguna vez:

1. ¿Ha tenido más de seis (6) resfriados o infección de garganta en un año? Sí _____ No _____
2. ¿Ha tenido más de tres (3) infecciones de los oídos? Sí _____ No _____
3. ¿Ha tenido problemas de audición? Sí _____ No _____
4. ¿Le han hecho pruebas de audición? Sí _____ No _____
5. ¿Ha tenido problemas de la vista? Sí _____ No _____
6. ¿Le han hecho pruebas de la vista? Sí _____ No _____
7. ¿Ha tenido algún problema con los dientes? Sí _____ No _____
8. ¿Ha ido al dentista recientemente? Sí _____ No _____
9. ¿Ha tenido problemas para orinar? Sí _____ No _____
10. Marque con una palomita lo que su niño haya tenido
Infección de estreptococo _____ Fiebre reumática _____ Defectos del habla _____
Rubeola por diez días _____ Dolores de cabeza _____ Se orina en la cama _____
Rubeola por tres días _____ Pérdida del conocimiento _____ Problemas para concentrarse _____
Paperas _____ Epilepsia _____ Movilidad anormal _____
Escarlatina _____ Convulsiones _____ Hiperactividad _____
Neumonía _____ Problemas de la vista _____ Berrinches _____
Tos ferina _____ Falta de coordinación _____ Agresividad _____
Varicela _____ Pérdida de la audición _____ Trauma cerebral _____
Conmoción cerebral _____
11. Ha tenido alguna otra enfermedad:
Si es así, enumérelas _____
¿Ha estado hospitalizado? _____ Sí _____ No _____
Edad _____ Hospital _____
Razón _____
12. ¿Su niño ha tenido algún accidente grave? Operaciones _____ Sí _____ No _____
Si la respuesta es sí, explique _____

Alergias (Marque con una palomita si es aplicable)

- Sibilancias _____ Problemas de los senos nasales _____ Urticaria _____
Eczema _____ Reacción a algún medicamento _____ Rinitis alérgica _____
Asma _____ Reacción a picaduras de insectos _____ Reacción a la penicilina _____

Nutrición

Alergias a alimentos: _____
Comidas que le gustan: _____ Comidas que no le gustan: _____
Apetito — bueno _____ malo _____ come muchas golosinas _____
Pérdida o aumento de peso inusual _____

Resumen:

¿Hay algo que desea mencionar sobre los hábitos, la salud o la conducta de su niño?

*FIRMA DE LA MADRE/EL PADRE O TUTOR _____ FECHA _____

ESCUELAS PÚBLICAS DE LINDENWOLD
Cuestionario Médico

Nombre del alumno _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____ Año escolar _____

¿Es alérgico a algún alimento, medicamento o picadas de insectos? Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Su niño tiene o tuvo alguno de los siguientes antecedentes? Si la respuesta es sí, ponga el año en que se le presentó el problema.

| SÍ | NO | | AÑO |
|-------|-------|---|-------|
| _____ | _____ | ¿Perdió el conocimiento al lesionarse? | _____ |
| _____ | _____ | ¿Pérdida considerable de la audición en uno de los oídos o en los dos? Derecho ____ Izquierdo | _____ |
| _____ | _____ | ¿Debilidad o pérdida del conocimiento o exposición al calor? | _____ |
| _____ | _____ | ¿Se ha tenido que parar al correr media milla? | _____ |
| _____ | _____ | ¿Usa anteojos o lentes de contacto cuando juega? | _____ |
| _____ | _____ | ¿Ha tenido alguna lesión grave en los ojos o desprendimiento de la retina? | _____ |
| _____ | _____ | ¿Le han puesto sondas en los oídos o se ha perforado el tímpano? | _____ |
| _____ | _____ | ¿Problemas en los pies/el tobillo, como un esguince o dolor o inflamación recurrente? | _____ |
| _____ | _____ | ¿Dolor recurrente en el hombro? Derecho ____ Izquierdo _____ | _____ |
| _____ | _____ | ¿Problemas en las muñecas, como que se la haya torcido, o dolor o inflamación recurrente? | _____ |
| _____ | _____ | Derecha _____ Izquierda _____ | _____ |
| _____ | _____ | ¿Usa dispositivos odontológicos (correctores dentales, retenedores, dientes postizos)? | _____ |
| _____ | _____ | ¿Padece de asma o de algún problema serio de alergias? | _____ |
| _____ | _____ | ¿Problemas de salud, dolor de pecho, palpitaciones? | _____ |
| _____ | _____ | ¿Mareos o desmayos con actividades vigorosas? | _____ |
| _____ | _____ | ¿Desgarro o distensión muscular? Si la respuesta es sí, ¿dónde? | _____ |
| _____ | _____ | ¿Epilepsia? | _____ |
| _____ | _____ | ¿Problemas de tiroides o de las glándulas suprarrenales? | _____ |
| _____ | _____ | ¿Problemas de la piel o erupciones? | _____ |
| _____ | _____ | ¿Dolor de espalda o de cintura o distensión? | _____ |
| _____ | _____ | ¿Presión alta? | _____ |
| _____ | _____ | ¿Lesión de la espina dorsal o el cuello? | _____ |
| _____ | _____ | Alguna fractura? ¿Dónde? | _____ |
| _____ | _____ | ¿Sangra con facilidad/se le demora en parar? | _____ |
| _____ | _____ | ¿Diabetes? | _____ |
| _____ | _____ | ¿Problemas en las caderas? Derecha _____ Izquierda _____ | _____ |
| _____ | _____ | ¿Testículo por bajar o ausente? Derecho _____ Izquierdo _____ | _____ |

Explique cualquier problema de salud serio que tenga _____

¿Hay antecedentes de muerte súbita en la familia? Sí _____ No _____

Enumere todas las hospitalizaciones y/o cirugías _____

Si el alumno está bajo atención de un médico en la actualidad, explique: _____

Si al alumno le aconsejaron que no participara en actividades físicas por razones médicas, explique: _____

Diga los medicamentos que su niño toma regularmente: _____

Las alumnas

¿Su niña tiene problemas de irregularidad con la menstruación? Sí ____ No ____

¿Padece de cólicos menstruales que la deshabilitan? Sí ____ No ____

- Yo, **SI** le doy _____ Yo, **NO** le doy _____ permiso a la enfermera de la escuela a compartir información médica si fuera necesario con el personal docente pertinente.
- Yo, por este medio expreso que mis respuestas a las preguntas anteriores son correctas según mi leal saber y entender.

** Firma de la madre/el padre/tutor

Nombre en letra de molde de la madre/el padre/tutor

Fecha

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>I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.</i> | | | |
| 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>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.</i> | |
| Name of Health Care Provider (Print) | Health Care Provider Stamp: |
| Signature/Date | |

LINDENWOLD PUBLIC SCHOOLS

KINDERGARTEN DENTAL EXAMINATION

FORMA DENTAL



A dental exam is required for each child entering kindergarten. All students can achieve and benefit from a healthy mouth. Regular dental examinations, good oral hygiene habits, healthy diets, and modern advances in dental disease prevention and control can benefit everyone. Please return this completed form to the school.

Child's Name _____ D.O.B _____

REPORT OF DENTAL EXAMINATION:

- No dental treatment is necessary at this time
- All necessary dental treatment has been completed
- Treatment is in progress
- A regular preventative care program is recommended

Further recommendations:

Signature of Dentist

Date

Office Stamp

Escuelas Públicas del Distrito de Lindenwold

UN RECORDATORIO PARA TODOS LOS PADRES DE LA PREESCOLAR:

De acuerdo con el Departamento de Salud y Servicios para Adultos Mayores de Nueva Jersey:

Niños de 6 meses a 59 meses de edad que asisten a una instalación de preescolar o a un centro de cuidado infantil con licencia **deberán recibir anualmente** por lo menos una dosis de la vacuna de influenza entre el **primero de septiembre y el 31 de diciembre de cada año.**

Por favor asegúrese de que su hijo reciba su vacuna antes del 31 de diciembre y de proveer a la enfermera escolar con el comprobante de la inmunización. Si no está seguro del estado de su hijo o tiene alguna duda, por favor no dude en contactar a la enfermera escolar. **El incumplimiento** de este requisito será motivo para **exclusión de la escuela**. Además, cualquier niño nacido fuera de los Estados Unidos debe haber tenido un PPD (Prueba de Mantoux) para descartar tuberculosis. Esta prueba debe completarse en o antes del primer día de clases.

Gracias por su asistencia con este requisito para asistencia a la escuela.

Sinceramente,

Michelle Westenberger, RN, BSN, CSN
Preescolar de Lindenwold
Enfermera de la Escuela
(856) 783-1499, ext. 6003