



Robbinsville
SCHOOLS

155 Robbinsville Edinburg Road
Robbinsville, NJ 08691

Dra. Kathie Foster, superintendente
foster@robbinsville.k12.nj.us / 609-632-0910 (2001)
www.robbinsville.k12.nj.us

Estimado(a) padre/madre/tutor:

¡Bienvenido(a) a Robbinsville Schools! Estamos encantados de que usted y su familia estén considerando ser residentes de Robbinsville. Nos sentimos muy orgullosos de los logros de nuestros alumnos, profesores y miembros del personal, y estamos convencidos de que usted también compartirá este sentimiento pronto.

Recientemente hemos agilizado nuestro proceso de inscripción y esperamos que esto cause una primera impresión favorable. Para comenzar, complete los formularios de inscripción que se encuentran en la página de Inscripción Central del sitio web de Robbinsville Schools. Todos los documentos necesarios se han creado como formularios en PDF y permiten que se ingrese la información directamente en los documentos antes de guardarlos e imprimirlos. Todos los nuevos inscritos deben completar los formularios de inscripción. Los formularios del paquete Formularios de inscripción adicionales deben completarse únicamente si corresponde.

Si su hijo(a) está en los grados 6-12, proporcione una copia de su libreta de calificaciones o del expediente académico. Esto nos ayudará a crear un cronograma que se adecue mejor a las necesidades de su hijo(a).

Una vez que haya completado el paquete de inscripción de su hijo(a), llame a la Oficina de Inscripción Central al 609-632-0910 (2281) para concertar una cita y reunirse con la Sra. Kim Ott, secretaria de admisiones del distrito. Las citas son de lunes a viernes, entre las 10:00 a. m. y la 1:00 p. m. Los horarios de verano pueden diferir un poco.

Durante la cita, además de los formularios de inscripción, se le solicitará que presente la siguiente documentación:

- Certificado de nacimiento o pasaporte del/de la alumno(a)
- Constancia de residencia (consulte la lista de documentos aceptables en la página de Inscripción Central)
- Copia de la libreta de vacunación
- Constancia de baja del distrito escolar anterior (si su hijo(a) será transferido(a) dentro del estado de Nueva Jersey, asegúrese de incluir su número de identificación de NJ).

En Robbinsville, nos enorgullecemos de ofrecer una experiencia educativa excepcional, en la que se incentiva la indagación, el descubrimiento y el amor por el aprendizaje a la vez que los alumnos desarrollan habilidades académicas e interpersonales. Nuestro cuerpo docente y nuestro personal tienen el compromiso de crear experiencias de aprendizaje personalizadas y estimular a cada alumno para que alcance su máximo potencial. Deseamos que usted y su(s) hijo(s) encuentren en Robbinsville Schools una comunidad amigable, acogedora y gratificante desde el aspecto educativo.

Atentamente,

Kathie Foster

Formularios de inscripción de K-4

Complete todos los formularios en este paquete antes de concertar una cita con la Oficina de Inscripción Central al 609-632-0910 (2281).

Formulario de inscripción para alumnos de K-4
Formulario para casos de emergencia del/de la alumno(a)
Historial médico del/de la niño(a) de K-4
Evaluación de salud e historial de desarrollo social
Cuestionario sobre alergias
Plan de tratamiento de emergencia en caso de alergias (si corresponde)
Traslado de los registros del/de la alumno(a) (incluido el número de identificación del estado de NJ si el niño(a) asistió a una escuela pública de NJ)
Encuesta sobre idioma nativo e inscripción de alumnos extranjeros
Declaración jurada del/de la propietario(a)/arrendador(a) (si corresponde)
Lista de verificación de inscripción

Para su información, este paquete también incluye un documento titulado
Documentos aceptables como constancia de residencia

Una vez que haya completado el paquete de inscripción y haya recopilado la documentación de respaldo, llame a la Oficina de Inscripción Central al 609-632-0910 (2281) para concertar una cita. Durante el transcurso del año las citas se programarán entre las 10:00 a. m. y la 1:00 p.m. Los horarios de verano pueden diferir.



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ALUMNOS DE K-4

Grado al que ingresa: _____

Esta sección es para uso del distrito únicamente

Oficial de inscripción: _____

Escuela:		Fecha:		N.º de id. del/de la alumno(a):		N.º de id. del estado de NJ:	
----------	--	--------	--	---------------------------------	--	------------------------------	--

Sección I: Información sobre el/la alumno(a)

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Masculino	Femenino	Fecha de nacimiento
Ciudad de nacimiento	Estado de nacimiento	País de nacimiento	Idioma nativo del/de la niño(a)		
Dirección actual	Ciudad, estado		Código postal		

Residencia: Usted es: Propietario(a) Arrendador(a) Otro

***NOTA:** Si existe una situación de hospedaje o si ha marcado **OTRO** más arriba, póngase en contacto con la Oficina de Inscripción Central para recibir instrucciones adicionales.

CUSTODIA: ¿Los padres/tutores viven separados? SÍ NO

Si la respuesta es «Sí», describa el acuerdo de custodia. Si una persona que no es el padre/la madre posee custodia legal del/de la niño(a), si existe una orden de protección o si existe una declaración de CUALQUIER tribunal sobre derechos educativos, explique. Las leyes de NJ exigen que toda la documentación legal o de un tribunal conste en el expediente del distrito. Todos los expedientes son confidenciales. Los padres/tutores son responsables de actualizar la documentación.

Sección II: Escuelas anteriores

Última escuela a la que asistió este(a) alumno(a)	Dirección
¿Alguna vez este(a) alumno(a) fue evaluado(a) por los Servicios Especiales de Robbinsville?	¿Tiene este(a) alumno(a) un Plan 504?
Sí No	Sí No
¿Alguna vez ha sido remitido(a) este(a) alumno(a) a un equipo de estudio al menor?	¿Tiene este(a) alumno(a) un IEP?
Sí No	Sí No

Sharon Elementary School
234 Sharon Road
Robbinsville, NJ 08691
609-632-0960 / Fax: 609-259-7506
Grados de K-4.

Pond Road Middle School
150 Pond Road
Robbinsville, NJ 08691
609-632-0940 / Fax: 609-918-9011
Grados 5-8

Robbinsville High School
155 Robbinsville Edinburg Road
Robbinsville, NJ 08691
609-632-0950 / Fax: 609-371-7961
Grados 9-12

Sección III: Información de contacto:

Padre/madre/tutor: Madre Padre Otro			Título: Sr. Sra. Srta. Dr(a).			
Nombre:			Apellido:			
Dirección, si es diferente a la del/de la alumno(a)			Ciudad, estado, código postal			
Número de teléfono de la casa:		Número de teléfono celular:		Número de teléfono alternativo:		
Número de teléfono del negocio:			Dirección de correo electrónico:			

Padre/madre/tutor: Madre Padre Otro			Título: Sr. Sra. Srta. Dr(a).			
Nombre:			Apellido:			
Dirección, si es diferente a la del/de la alumno(a)			Ciudad, estado, código postal			
Número de teléfono de la casa:		Número de teléfono celular:		Número de teléfono alternativo:		
Número de teléfono del negocio:			Dirección de correo electrónico:			

Sección IV: Etnia del/de la alumno(a)

Etnia primaria/información de raza (marque todas las opciones que correspondan)			
Indio(a) americano(a) o natural de Alaska		Blanco(a) o caucásico(a)	
Asiático(a)		Natural de Hawái o de las Islas del Pacífico	
Negro(a) o afroamericano(a)		Otra	
Hispano(a) o latino(a)			

Autorización: Yo, por este medio confirmo que la información ingresada es fiel y correcta a mi leal saber y entender.		
Firma del padre/de la madre/tutor	Fecha	Relación con el/la alumno(a)



FORMULARIO PARA CASOS DE EMERGENCIA DEL/DE LA ALUMNO(A)

Información sobre el/la alumno(a)

Apellido	Nombre	Grado	Masculino	Femenino	Fecha de nacimiento
Dirección actual		Ciudad/código postal		N.º de teléfono de la casa	

Residencia

El/la niño(a) reside con: Ambos padres Madre Padre Madrastra Padrastro Otro					
Padre/madre/tutor n.º 1		Padre/madre/tutor n.º 2			
Relación con el/la alumno(a)		Relación con el/la alumno(a)			
N.º de teléfono celular		N.º de teléfono celular			
Empleador		Empleador			
Dirección del empleador		Dirección del empleador			
N.º de teléfono del empleado		N.º de teléfono del empleado			

Información de la persona a contactar en caso de emergencia

Indique los nombres de **DOS** vecinos o familiares que vivan cerca, que estén en su hogar durante el día y que estén dispuestos a recoger a su hijo(a) de la escuela o asumir el cuidado de su hijo(a) temporalmente si no podemos ponernos en contacto con usted en caso de una emergencia. **Proporcione dos contactos.**

Persona a contactar en caso de emergencia n.º 1		Persona a contactar en caso de emergencia n.º 2	
Relación que tiene con usted		Relación que tiene con usted	
Dirección		Dirección	
N.º de teléfono		N.º de teléfono	

Información de salud confidencial: Indique si su hijo(a) padece alguno de los siguientes trastornos médicos. Si la respuesta es sí, explique.

Asma	Enfermedad o cirugía reciente	Alergia a alimentos	Otra
Diabetes	Alergia a la picadura de abeja	Alergia a medicamentos	
Proporcione una explicación del/de los trastorno(s) médico(s) de su hijo(a).			

¿Su hijo(a) está tomando algún medicamento actualmente? Si la respuesta es sí, explique.

¿Existe algún otro trastorno o problema que la enfermera de la escuela deba conocer? Explique y proporcione documentación.

Proveedor de atención médica

Médico local:		N.º de teléfono:	
Dirección:		Hospital de preferencia:	
¿Su hijo(a) cuenta con seguro de salud?	Sí No	Nombre del plan:	

Si su hijo(a) no tiene seguro de salud, NJ Family Care proporciona un seguro de salud gratuito o de bajo costo para los niños sin seguro y determinados padres con bajos ingresos. Para obtener más información, llame al 1-800-791-0710 o visite www.NJfamilycare.org para enviar una solicitud en línea. Al firmar a continuación, usted autoriza a la escuela a divulgar su nombre y dirección para contactarlo(a) en relación con el seguro de salud.

Autorizaciones: Seleccione todas las opciones que correspondan.

Autorizo a la escuela a divulgar mi nombre y dirección a NJ Family Care.

Autorizo al/a la enfermero(a) de la escuela a administrarle a mi hijo(a) la dosis de paracetamol apropiada para su edad en caso de dolor de cabeza, dolores menstruales, esguinces, desgarros musculares u otras lesiones relacionadas con el deporte.

Autorizo a la escuela a compartir información de salud con aquellos que deban conocerla para garantizar la salud y seguridad de mi hijo(a). Ante un accidente o una lesión grave, solicito que la escuela se ponga en contacto conmigo. Si la escuela no puede contactarme, por este medio autorizo a la escuela a llamar al médico indicado anteriormente y a seguir sus instrucciones. Si no es posible contactar a este médico, la escuela hará los arreglos que sean necesarios. De acuerdo con las políticas 5330 y 8441 del Consejo, si se llama a una ambulancia, el Consejo de Educación espera que el/la paciente sea trasladado(a) inmediatamente al hospital.

Firma del padre, la madre o tutor

Fecha



HISTORIAL MÉDICO DEL/DE LA NIÑO(A) DE K-4

SECCIÓN I: PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/LA MADRE/TUTOR

Apellido		Nombre	Masculino	Femenino	Fecha de nacimiento
Sí	No	Si la respuesta es «Sí», indique el nombre de la compañía de seguro de salud del/de la niño(a)			
¿Su hijo(a) cuenta con seguro de salud?					
Nombre del padre/de la madre/tutor		Teléfono de la casa	Teléfono celular	Teléfono del trabajo	
Nombre del padre/de la madre/tutor		Teléfono de la casa	Teléfono celular	Teléfono del trabajo	

Autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo(a) y al/a la enfermero(a)/proveedor de atención médica de la escuela a discutir la información de este formulario.

Sí No

Este formulario puede divulgarse para WIC

Firma

Fecha

SECCIÓN II: PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Fecha del examen físico	¿Los resultados del examen son normales?	Sí	No
Anomalías observadas:	Peso (debe tomarse dentro de los 30 días para WIC)		
	Altura (debe tomarse dentro de los 30 días para WIC)		
	Circunferencia del cráneo (si tiene menos de 2 años)		
	Presión sanguínea (si tiene más de 3 años)		

Vacunas

Libreta de vacunación adjunta

Fecha en la que corresponde la próxima vacunación:

Trastornos médicos

Trastornos médicos crónicos/cirugías relacionadas • Especificar los trastornos médicos/problemas quirúrgicos actuales	Ninguno Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Medicamentos/tratamientos • Especificar los medicamentos/tratamientos	Ninguno Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Limitaciones para la actividad física • Especificar las limitaciones/consideraciones especiales	Ninguno Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Necesidad de equipos especiales • Especificar los elementos necesarios para las actividades diarias	Ninguno Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Alergias/sensibilidades • Especificar las alergias	Ninguno Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Dieta especial/suplementos de vitaminas y minerales • Especificar los detalles de la dieta	Ninguno Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Problemas conductuales/diagnóstico de salud mental • Especificar los problemas/preocupaciones de conducta/salud mental	Ninguno Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Planes de emergencia • Especificar el plan de emergencia que podría ser necesario y las señales/síntomas a los que se debe prestar atención.	Ninguno Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios


Controles preventivos de salud

Tipo de control	Fecha de realización	Valor obtenido	Tipo de control	Fecha de realización	Indicar si es anormal
Hb/Hto			Audición		
Plomo: Capilar Venosa			Visión		
TB (mm de induración)			Odontología		
Otro:			De desarrollo		
Otro:			Escoliosis		

He examinado al/a la alumno(a) indicado(a) más arriba y he revisado su historial médico. Considero que desde el punto de vista médico es capaz de participar totalmente en todas las actividades escolares/de cuidado al menor, lo que incluye educación física y deportes de contacto competitivos, salvo que se establezca lo contrario más arriba.

Nombre del proveedor de atención médica (en imprenta)

Firma / Fecha



Sello del proveedor de atención médica



EVALUACIÓN DE SALUD E HISTORIAL DE DESARROLLO SOCIAL

Nombre del/de la alumno(a)		Fecha de nacimiento		Sexo	
Dirección domiciliaria				País de nacimiento	
Teléfono de la casa			Teléfono celular		

Sección I: Historial médico: Marque «S» para Sí y «N» para No.

Resfriados frecuentes		Alergias estacionales		Diagnóstico de migrañas		Diagnóstico de asma	
Dolores de garganta frecuentes		Problemas/pérdida de la audición		Convulsiones		Diagnóstico de diabetes	
Malos hábitos alimentarios		Problemas de la vista		Ataques epilépticos			
Restricciones en la dieta		Lentes		Ataques febriles			
Intolerancia a la lactosa		Dolores de cabeza frecuentes		Problemas de coordinación			

¿Su hijo(a) nació prematuramente? No Sí Si la respuesta es «Sí», ¿cuántas semanas antes?

Sección II: Historial de desarrollo: ¿El desarrollo de su hijo(a) fue de acuerdo con su edad? Marque «S» para Sí y «N» para No.

Se daba vuelta		Caminaba sin ayuda		Baluceaba	
Se sentaba sin ayuda		Se alimentaba solo(a)		Palabras con sentido	
Se mantenía parado sosteniéndose de algo		Aprendió a ir al baño solo(a)		Oraciones (de 2 o 3 palabras)	
Se mantenía parado solo(a)		Se vestía solo(a)		Inteligibilidad	

¿Su hijo(a) padece/hace algunas de las siguientes cosas?

Se come las uñas		Se chupa el dedo		Tiene pesadillas	
Camina sonámbulo		Es celoso		Mantiene la respiración	
Trastornos del sueño		Se orina en la cama		Comportamiento destructivo	
Mal humor frecuente		Episodios de irritabilidad frecuente			

Sección III: Historial educativo: Marque «S» para Sí y «N» para No.

Asistió a preescolar		Evaluación preescolar		Evaluación del equipo de estudio al menor		Necesidades especiales	
----------------------	--	-----------------------	--	---	--	------------------------	--

Sección IV: Historial social: Describa a su hijo(a) Marque «S» para Sí y «N» para No.

Desenvuelto		Descuidado		Obstinado		Demasiado sensible	
Propenso a los accidentes		Cariñoso		Tímido		Osado	
Problemático		Servicial		Considerado		Creativo	
Fácilmente controlable		Torpe		Talento		Demandante	



Robbinsville
Schools

155 Robbinsville Edinburg Road
Robbinsville, NJ 08691

Oficina de Inscripción Central
609-632-0910 (2281)

CUESTIONARIO SOBRE ALERGIAS

Nombre del/de la alumno(a)	Fecha de nacimiento	Grado
----------------------------	---------------------	-------

Mi hijo(a) NO tiene ninguna alergia CONOCIDA a alimentos/medicamentos/ambientes.

Mi hijo(a) tiene las alergias que se detallan a continuación.

Alergia a alimentos		
Alérgeno	Reacción	Tratamiento
Alergia a medicamentos		
Alérgeno	Reacción	Tratamiento
Alergia al ambiente		
Alérgeno	Reacción	Tratamiento

¿Alguna vez su hijo(a) necesitó que se le administrara una EpiPen?	Sí	No
Si la respuesta es «Sí», explique.		

Notifique al/a la enfermero(a) de la escuela sobre cualquier alergia a alimentos o alergia a picaduras de abeja antes del primer día de escuela de su hijo(a). La información de contacto se encuentra a continuación.

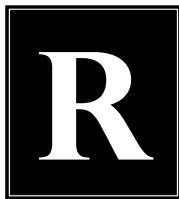
Robbinsville High School Jennifer Lipshutz, RN, CSN Joanne McMichael, RN, CSN 609-632-0950 (3164) Fax: 609-371-7961	Pond Road Middle School Ginny King, RN, CSN Gail Cipolloni, RN, CSN 609-632-0940 (4011) Fax: 609-918-9011	Sharon Elementary School Ilene Addonizio, RN, CSN Melissa Young, RN, CSN 609-632-0960 (5015) Fax: 609-259-7506
--	--	---

Firma del padre/la madre: _____ **Fecha:** _____

Sharon Elementary School
 234 Sharon Road
 Robbinsville, NJ 08691
 609-632-0960 / Fax: 609-259-7506
 Grados de K-4

Pond Road Middle School
 150 Pond Road
 Robbinsville, NJ 08691
 609-632-0940 / Fax: 609-918-9011
 Grados 5 – 8

Robbinsville High School
 155 Robbinsville Edinburg Road
 Robbinsville, NJ 08691
 609-632-0950 / Fax: 609-371-7961
 Grados 9 – 12



PLAN DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA EN CASO DE ALERGIAS

INFORMACIÓN SOBRE EL/LA ALUMNO(A)

Nombre del/de la alumno(a):		Grado:		Profesor(a):	
Este(a) alumno(a) es alérgico(a) a lo siguiente:	1.				
	2.				
	3.				
¿Es el/la alumno(a) asmático(a)?	Sí No				

MEDICAMENTOS. TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Por ley, el/la enfermero(a) de la escuela puede administrar cualquier medicamento con la orden de un médico y el consentimiento de los padres, sin embargo, las personas no médicas entrenadas designadas que pueden proporcionar tratamiento de emergencia en caso de ausencia del/de la enfermero(a) de la escuela NO tienen permitido administrar ningún medicamento que no sea epinefrina a través de un mecanismo autoinyector.

EPINEFRINA	EpiPen	EpiPen Jr.	Otro:	
Enfermero(a) de la escuela/persona designada: administrar epinefrina cuando se presenten los siguientes síntomas:				
Contacto con un alérgeno, pero sin síntomas				
Piel: urticaria, erupción con picazón, inflamación de las extremidades				
Labios: picazón, hormigueo, ardor, inflamación de los labios				
Cabeza y cuello: inflamación de la lengua, la boca o la garganta; ronquera; tos seca; opresión en la garganta				
Intestinos: retortijones abdominales, náuseas, vómitos, diarrea				
Pulmones: tos repetitiva, respiración sibilante, falta de aliento				
Corazón: pulso filiforme, baja presión sanguínea, desvanecimiento, piel pálida o de color azulado				
Otro:				
Después de administrar epinefrina, el/la enfermero(a) de la escuela/persona designada llamará al 911, al padre o la madre y al proveedor de asistencia médica.				

ANTIISTAMÍNICO	Medicamento:		Dosis:	
Enfermero(a) de la escuela únicamente: administrar un medicamento antihistamínico cuando se presenten los siguientes síntomas:				
Contacto con un alérgeno, pero sin síntomas				
Piel: urticaria, erupción con picazón, inflamación de las extremidades				
Labios: picazón, hormigueo, ardor, inflamación de los labios				
Cabeza y cuello: inflamación de la lengua, la boca o la garganta; ronquera; tos seca; opresión en la garganta				
Intestinos: retortijones abdominales, náuseas, vómitos, diarrea				
Pulmones: tos repetitiva, respiración sibilante, falta de aliento				
Corazón: pulso filiforme, baja presión sanguínea, desvanecimiento, piel pálida o de color azulado				
Otro:				

Instrucciones adicionales:	
Este(a) alumno(a) ha sido entrenado(a) y está autorizado(a) a autoadministrarse lo siguiente:	
Epinefrina (unidad de dosis única)	Antihistamínico – dosis única de _____ mg
Este(a) alumno(a) no está autorizado(a) a autoadministrarse los medicamentos indicados anteriormente.	

Firma del proveedor de atención médica _____ Fecha: _____

Sello del proveedor de atención médica

Firma del padre/de la madre _____ Fecha: _____

RECHAZO DE LOS PADRES

Por el presente notificamos que las leyes del estado de NJ ahora exigen que todas las escuelas obtengan (o procuren obtener) una persona designada para administrar epinefrina inyectable a todos los alumnos que actualmente tienen una orden de epinefrina inyectable. Ahora esto se aplica tanto en el horario escolar como en todas las actividades patrocinadas después de la escuela. En caso de que el/la enfermero(a) de la escuela no esté disponible, una persona designada podrá administrar una dosis de epinefrina inyectable si surge una emergencia durante el horario escolar. Estas personas designadas recibirán entrenamiento del/de la enfermero(a) de la escuela. La(s) persona(s) designada(s) para asistir a su hijo(a) serán informadas de las alergias específicas de este(a), sus síntomas y el historial médico pertinente únicamente. No se le(s) proporcionará ninguna otra información médica. Las personas designadas **no tienen permitido** proporcionar un tratamiento con antihistamínicos de primera línea (por ejemplo, Benadryl). Solo tienen permitido administrar una dosis de epinefrina inyectable.

Si no desea que su hijo(a) tenga una persona designada para la administración de epinefrina, firme el formulario a continuación y preséntelo en la oficina de salud.

No autorizo que se asigne una persona designada para la administración de epinefrina a mi hijo(a)

Nombre del/de la alumno(a)

Firma del padre/de la madre/tutor

Fecha

Información de emergencia

Médico

Número de teléfono

Padre/madre

Número(s) de teléfono

Personas a contactar en caso de emergencia

Nombre/relación

Número(s) de teléfono

1. _____

2. _____

Para uso de la oficina de salud únicamente Personas designadas para la administración de epinefrina

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____



Robbinsville
Schools

155 Robbinsville Edinburg Road
Robbinsville, NJ 08691

Oficina de Inscripción Central
609-632-0910 (2281)

TRASLADO DE LOS REGISTROS DEL/DE LA ALUMNO(A)

A fin de facilitar el traslado de los registros de su hijo(a) a Robbinsville Schools, complete la información a continuación y preséntala junto con el paquete de inscripción en la Oficina de Inscripción Central. Incluya un formulario por cada hijo(a) que vaya a inscribir.

Fecha: _____ *N.º de id. del estado de NJ: _____

*Solo si el traslado es dentro del estado de Nueva Jersey; puede obtenerse en la escuela anterior

Nombre del/de la alumno(a): _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Último día que asistió: _____ ¿El/la alumno(a) se encuentra en un programa ESL/bilingüe? Sí No

Registros oficiales que se obtendrán

Calificaciones; expediente académico; evaluaciones estatales o del distrito; registros médicos, de salud y vacunaciones; registros de educaciones especial (CST); registros disciplinarios; registros de asistencia

Por el presente autorizo la liberación de los registros que se mencionan anteriormente y autorizo a Robbinsville Schools a ponerse en contacto con el distrito anterior de mi hijo(a) para obtener mayor información de conformidad con el Código Administrativo de Nueva Jersey 6:3-6.5.

Firma del padre/de la madre/tutor

Fecha

Nombre y dirección de la escuela anterior:

Condado: _____

Teléfono de la escuela: _____

Fax de la escuela: _____

Solo para uso del personal

Fecha de envío: _____

Seguimiento: _____

Registros recibidos: _____

Notas: _____

Sharon Elementary School
234 Sharon Road
Robbinsville, NJ 08691
609-632-0960
Fax: 609-259-7506
Grados de K-4.

Pond Road Middle School
150 Pond Road
Robbinsville, NJ 08691
609-632-0940
Fax: 609-918-9011
Grados 5 – 8

Robbinsville High School
155 Robbinsville Edinburg Road
Robbinsville, NJ 08691
609-632-0950
Fax: 609-371-7961
Grados 9 – 12



ENCUESTA SOBRE IDIOMA NATIVO E INSCRIPCIÓN DE ALUMNOS EXTRANJEROS

Fecha: _____ Nombre del/de la alumno(a): _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F Grado al que ingresa: _____

Nombre de la madre: _____ Nombre del padre: _____

Datos sobre su hijo(a).

1. ¿En qué país nació su hijo(a)? _____
2. ¿Qué idioma habló primero su hijo(a)? _____
3. ¿Cuál es el idioma que se habla en su hogar independientemente del idioma que habla su hijo(a)?

4. ¿Qué idioma habla su hijo(a) la mayoría del tiempo? _____
5. ¿Qué tan bien habla su hijo(a) en inglés? No lo habla Lo habla más o menos Lo habla muy bien
6. ¿Qué tan bien entiende su hijo(a) el inglés? No lo entiende Lo entiende más o menos Lo entiende muy bien
7. ¿Ha estado su hijo(a) alguna vez en un programa de *inglés como segunda lengua, estudiante de idioma inglés o bilingüe*? _____
8. En caso afirmativo, ¿en qué fechas? Desde _____ Hasta _____
9. En caso afirmativo, ¿aprobó su hijo(a) el programa? Sí No

HISTORIAL EDUCATIVO (completar únicamente si su hijo(a) recibió educación fuera de los Estados Unidos).

Fecha en la que ingresó a los Estados Unidos o a territorio de los EE. UU.: _____

Fecha en que ingresó por primera vez a CUALQUIER escuela de los Estados Unidos: _____

Cantidad total de años que asistió a la escuela fuera de los Estados Unidos: _____

Nivel más alto completado fuera de los Estados Unidos: _____

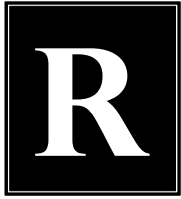
Escuelas a las que ha asistido su hijo(a). Empiece por la más reciente. Detalle TODAS las escuelas, incluidas las de EE. UU. y las extranjeras.

Nombre y ubicación de la escuela (incluido el país)	Fechas en las que asistió		¿Se enseñaba inglés como asignatura?		¿Toda la enseñanza era impartida en inglés todos los días?	
	Desde	Hasta	Sí	No	Sí	No

Sharon Elementary School
234 Sharon Road
Robbinsville, NJ 08691
609-632-0960 / Fax: 609-259-7506
Grados de K-4.

Pond Road Middle School
150 Pond Road
Robbinsville, NJ 08691
609-632-0940 / Fax: 609-918-9011
Grados 5 – 8

Robbinsville High School
155 Robbinsville Edinburg Road
Robbinsville, NJ 08691
609-632-0950 / Fax: 609-371-7961
Grados 9 – 12



DECLARACIÓN JURADA DEL/DE LA PROPIETARIO(A)/ARRENDADOR(A)

Completar únicamente si corresponde

Después de completar la Sección I, solicite al/a la propietario(a)/arrendador(a) que complete las secciones II, III y IV de este formulario. Haga legalizar el formulario y tráigalo junto con una copia de su contrato de arrendamiento a la cita de inscripción.

Sección I: Información del/de la arrendatario(a)

Apellido			Nombre			
Dirección postal		Ciudad		Estado		Código postal
Teléfono de la casa			Número de teléfono alternativo			

Sección II: Información del/de la propietario(a)/arrendador(a)

Apellido			Nombre			
Dirección postal		Ciudad		Estado		Código postal
Teléfono de la casa			Número de teléfono alternativo			

Sección III: Información del contrato de arrendamiento

¿Cuándo ingresaron a la vivienda los arrendatarios?		¿Qué duración tiene el contrato de arrendamiento?	
Tipo de contrato de arrendamiento:	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> arriendo con opción a compra		

Detalle los nombres de todas las personas que viven en la residencia:

1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

Sección IV: Declaración jurada

Doy fe de que, a mi leal saber y entender, la información es verdadera y correcta, y soy consciente de que las declaraciones o afirmaciones falsas pueden ser motivo de procesamiento en la medida que la ley lo permita.

Firma del/de la propietario(a)/arrendador(a)

Fecha

Jurado y suscrito ante de mí el día _____ de _____ de 20_____ Sello _____ Firma del/de la notario(a)
--



LISTA DE VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN DE K-4

Utilice esta lista de verificación como guía para asegurarse de que todos los documentos de su paquete de inscripción estén completos.

Paquete de inscripción

✓

Formulario de inscripción para alumnos de K-4

Formulario para casos de emergencia del/de la alumno(a)

Historial médico del/de la niño(a) de K-4

Evaluación de salud e historial de desarrollo social

Cuestionario sobre alergias

Plan de tratamiento de emergencia en caso de alergias (si corresponde)

Traslado de los registros del/de la alumno(a)

Encuesta sobre idioma nativo e inscripción de alumnos extranjeros

Otros documentos

✓

Certificado de nacimiento o pasaporte

Constancia de residencia (*Documentos aceptables como constancia de residencia*)

Declaración jurada del/de la propietario(a)/arrendador(a) (si corresponde)

Copia de la libreta de vacunación

IEP (la copia más reciente) (si corresponde)

Plan 504 (la copia más reciente) (si corresponde)

Copia de la última libreta de calificaciones o del expediente académico (alumnos de los grados 6-12)

Constancia de baja del distrito anterior

Una vez que haya completado el paquete de inscripción y haya recopilado la documentación de respaldo, llame a la Oficina de Inscripción Central al 609-632-0910 (2281) para concertar una cita. Durante el transcurso del año las citas se programarán entre las 10:00 a. m. y la 1:00 p.m. Los horarios de verano pueden diferir.

La Oficina de Inscripción Central se encuentra en
Robbinsville High School
155 Robbinsville Edinburg Road
Robbinsville, NJ 08691



DOCUMENTOS ACEPTABLES COMO CONSTANCIA DE RESIDENCIA

SE DEBE presentar constancia de residencia al momento de la inscripción. Si se produce un cambio de dirección, todos los formularios requeridos deben acompañar el formulario de cambio de dirección.

Si el padre/la madre/tutor ES PROPIETARIO(A) de la vivienda, se requiere al menos UN documento de la Lista A y al menos DOS documentos de la Lista C.

Si el padre/la madre/tutor ARRIENDA la vivienda, se requiere al menos UN documento de la Lista B y al menos DOS documentos de la Lista C.

Si existe una situación de **HOSPEDAJE u OTRA CIRCUNSTANCIA**, llame a la Oficina de Inscripciones para obtener más información.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: NO SE ACEPTAN ESCRITURAS

LISTA A

- Copia del pago hipotecario más reciente
- Copia de la factura de impuestos más reciente

LISTA B

- Copia del contrato de arrendamiento vigente donde se detallan TODAS las personas que residen en la vivienda
 - Si no constan TODOS los nombres en el contrato de arrendamiento vigente, se requiere una Declaración jurada del/de la arrendador(a). Esta declaración jurada puede encontrarse en el sitio web del distrito, en la pestaña «Registration» (Inscripción). Tenga en cuenta que esta declaración jurada debe legalizarse.

LISTA C

- Factura de un servicio (p. ej., electricidad, gas, agua, teléfono, internet)
- Recibo de suelo actual
- Tarjeta de registro de electores
- Licencia de conducir con fotografía (no se acepta una licencia de conducir con una etiqueta de cambio de dirección)
- Registro del vehículo
 - Si existe una etiqueta de cambio de dirección adherida, es posible que se solicite otra documentación