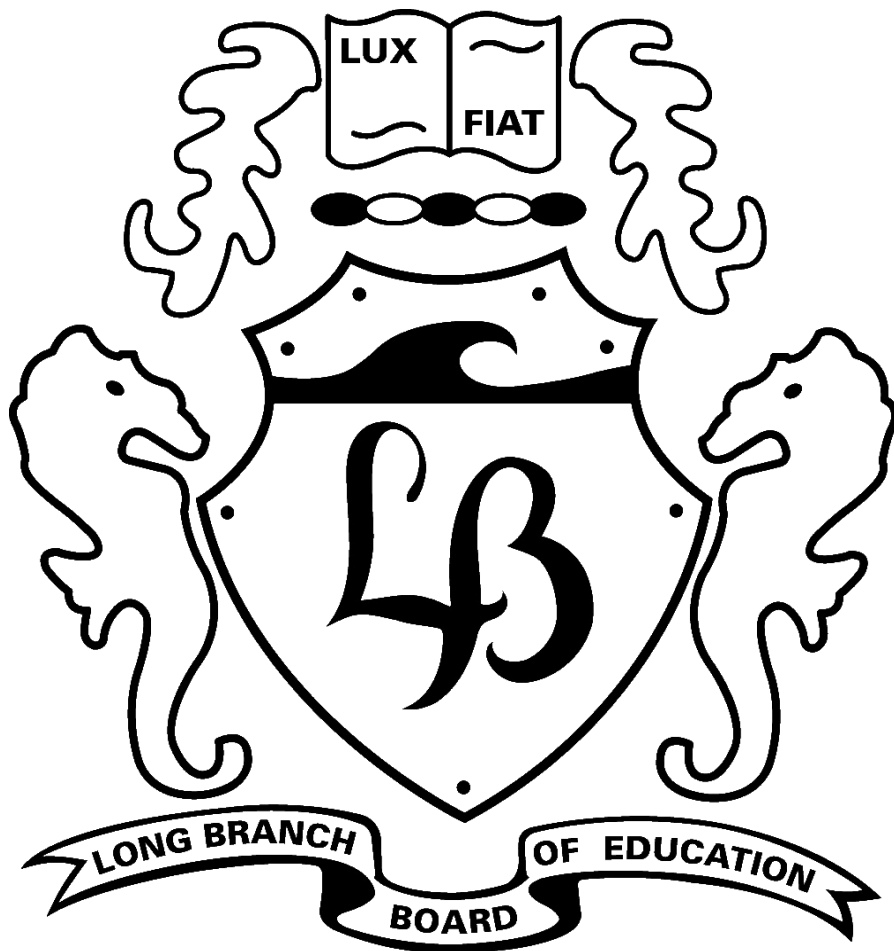


Long Branch Public Schools

391 Westwood Ave
Long Branch NJ

732 229-6306



Pre-K – Kindergarten Registration Packet

To be completed by school personnel/ Personal de la escuela debe llenar esta parte

Home School _____ ID # _____

Assigned School _____ Homeroom _____ Program _____

Date _____ Entry Date _____ Entry Code _____ Entry Grade _____

Evidence of Birth: Birth Certificate _____ Passport _____ Baptismal Certificate _____

Revised January 2017

Welcome to Long Branch Public Schools Central Registration

540 Broadway
Long Branch NJ 07740
732-571-2868

*** Once you have completed the attached registration packet and have the necessary items listed below, contact 732-571-2868 ext. 40000 to schedule an appointment between the hours of 9:00 am and 3:00 pm.
Registrations are on an appointment only basis.

If you own the home, you need to bring with you on the day of your appointment:

A Deed/Mortgage or Tax bill
2 Proof of Residency
Photo ID of the Parent/guardian

If you rent the home you need to bring with you:

Current Lease
2 Proof of Residency
Photo ID of the parent/Guardian

If you live with another family: (affidavit)

The Home owner needs to provide the proper proof of residence from the homeowner list above*
*Needs to be completed & notarized with the parent/legal guardian & home owner.

Acceptable proof of residency:

NOTE: Bills must have a current date. No bills are accepted under someone else's name.
Utility bill (gas, water, electric)
Tax bill
Telephone/Cell phone bill
Cable bill
Medical bill
Insurance Bill
Correspondence from the Monmouth County Social Services

Additional information needed to be brought for each student registering:

Birth Certificate
Immunization Record
Transfer card/ Report card if coming from another school district
Social Security Card (if applicable)
Child Study Team/Special Services records (IEP) (If applicable)
504 Accommodations (If applicable)
Completed Registration Packet

**Only the Legal Parent/Guardian can register students in the school district.
The parent or guardian's full name listed on the Birth Certificate must be on the Proof of Residency.
Bring Custody Papers (If you are not the Legal Parents)**



Bienvenido al Registro Central de Las Escuelas Pública de Long Branch

540 Broadway
Long Branch NJ 07740
732-571-2868

*** Cuando haya completado el paquete y tengas los elementos necesarios, por favor llame a
732-571-2868 ext. 40000 para programar una cita entre las horas de 9:00 am y 3:00 pm.
Cada registro requiere una cita.

Si usted es el dueño de la casa, usted necesita:

A Escritura /factura de hipoteca o factura de impuestos
Dos Prueba de residencia
Identificación con foto del padre / guardián:

Si usted rentas, necesita llevar con usted:

Contrato de Arrendamiento
Dos Prueba de residencia
Identificación con foto del padre / guardián:

Si vive con familia (declaración jurada)

El dueño de la casa necesita proporcionar una prueba de residencia de la lista anterior.
*Debe ser completado y notariado con el padre / guardián y dueño de la casa .

La prueba aceptable de residencia:

NOTA: Las facturas deben tener una fecha corriente. No se aceptan facturas a nombre de otra persona. Factura de servicios públicos (gas, agua , electricidad)
Factura de impuestos
Factura de Teléfono/ celular
Factura de cable
Factura médica
Factura de seguros
La correspondencia de los Servicios Sociales de Monmouth County

Información necesaria adicional:

Certificado de nacimiento
Registro de Inmunización
Tarjeta de Transferencia / Notas si viene de otro distrito escolar
Tarjeta de la Social Security (si aplica)
Recordes de “Child Study Team/ Servicios Especiales” (IEP) (si aplica)
Alojamientos de 504 (si aplica)
Paquete de Registro completado

Sólo el padre/ guardián puede inscribir los estudiantes en el distrito escolar. El nombre completo del padre/ guardián que aparece en el certificado de nacimiento deben estar en la prueba de residencia. Trae documentos de custodia (Si no son los padres)



LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740

MICHAEL SALVATORE, Ph.D. **"Where Children Matter Most"**
Superintendent of Schools
(732) 571-2868, Ext 40010
Fax: (732) 229-0797

Dear Long Branch Families,

The Long Branch Public Schools has refined the dress and grooming policy, which reflects "Uniformity of Dress" for all Preschool - Grade 8 students. Students are required to wear any combination of the following, which will be strictly enforced:

- * Pants, shorts, jumpers and/or skorts in khaki color
- * Collared Golf/Polo shirts, short or long-sleeved, in dark green, white or gray
- * Collared Shirt Exceptions: Turtlenecks and blouses in dark green, white or gray
- * All shirts must have the Long Branch Public Schools Emblem

Purchases for clothing can be made at the store of your choice. The district does not have a private provider for clothing. Local stores and vendors that stock the items mentioned above are as follows:

- *Target*
- *Walmart*
- *Kohls*
- *Kmart*
- *JC Penney*
- *Old Navy*
- *GAP*

The District's extension of "Uniformity of Dress" for the current school year will be extremely successful with your cooperation. We look forward to a wonderful school year with many safe and exciting learning opportunities ahead.

Sincerely,

Michael Salvatore, Ph.D.
Superintendent of Schools



OFFICE OF THE SUPERINTENDENT

LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740

MICHAEL SALVATORE, Ph.D. "Where Children Matter Most"
Superintendent of Schools
(732) 571-2868, Ext 40010
Fax: (732) 229-0797

Estimadas familias en Long Branch,

Las Escuelas Públicas de Long Branch han revisado la poliza de vestir y cuidado personal de los estudiantes. La poliza indica que los estudiantes Pre-escolares hasta el Grado 8 deben de seguir "Uniformidad de vestido". Los estudiantes están requeridos a vestirse usando las siguientes opciones, que se aplica estrictamente:

- * Pantalones, pantalones cortos, o falda de color caqui
- * Camisas de polo, de manga cortas o larga, de color verde oscuro, blanco o gris
- * Excepciones de camisas de polo: Camisas y blusas cuello tortuga de color verde oscuro, blanco o gris
- * Todas las camisas deben llevar puesta el emblema de las Escuelas Publicas de Long Branch

La compra de ropa puede hacerse en la tienda de su gusto. El distrito no tiene una tienda privada para la compra de ropa. Algunas tiendas locales que venden los artículos de ropa mencionados son:

- *Target*
- *Walmart*
- *Kohls*
- *Kmart*
- *JC Penney*
- *Old Navy*
- *GAP*

Con su cooperación, la extensión de la "Uniformidad de Vestir" del Distrito para el año escolar tendrá gran éxito. Esperamos un año escolar maravilloso con muchas oportunidades de aprendizaje seguras y emocionantes.

Atentamente,
Michael Salvatore, Ph.D.
Superintendente de Escuelas



Long Branch Public Schools

Registration Packet



Student Information/ Informacion del Estudiante

➤ **STUDENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Country of Birth / País de Nacimiento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Student's Birth Certificate # (If applicable) / # de Certificado de Nacimiento (Si es aplicable)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Primary Language Spoken at Home / Idioma hablado en su casa

<input type="checkbox"/>	English / Inglés
<input type="checkbox"/>	Spanish / Español
<input type="checkbox"/>	Portuguese / Portugués
<input type="checkbox"/>	Italian / Italiano
<input type="checkbox"/>	Creole / Creole (Haitiano)
<input type="checkbox"/>	Korean / Coreano
<input type="checkbox"/>	Russian / Ruso
<input type="checkbox"/>	Chinese / Chino
<input type="checkbox"/>	Other (print below) / Otro (indique abajo)

Student's Date of Entry into the United States (If applicable)

Fecha de entrada a los Estados Unidos (Si es aplicable)

			-							
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

[MM-DD-YYYY]

First entry into U.S. Schools (If applicable)

Entrada inicial en las escuela de los EE.UU. (Si es aplicable)

			-							
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

[MM-DD-YYYY]

2. STUDENT CONTACT INFORMATION / INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ESTUDIANTE

A. Primary Residence / Residencia Primaria

Phone Number / Número de teléfono

			-				-			
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

Street Name / Nombre de la calle

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

City / Ciudad

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

State / Estado

--	--

Who Does the Child Live With? / ¿Con Quién Vive el estudiante?

- Mother / Madre**
 Father / Padre
 Both Parents / Ambos Padres
 Grandparent(s) / Abuelo(s)
 Guardian / Tutor
 Other / Otro _____

➤ STUDENT CONTACT INFORMATION / INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ESTUDIANTE

D. Emergency Contact Information / Contacto de Emergencia

Primary emergency contact name / Nombre del contacto primario en caso de emergencia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Relationship to student / Relación parentesca al estudiante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Primary phone number / Número de teléfono Primario

			-				-				
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

Additional phone number / Número de teléfono adicional

			-				-				
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

Secondary emergency contact name / Nombre del contacto secundario en caso de emergencia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Relationship to student / Relación parentesca al estudiante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Primary phone number / Número de teléfono

			-				-				
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

Secondary emergency contact additional phone number / Número de teléfono adicional

			-				-				
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

3. STUDENT SUPPORT SERVICES / SERVICIOS DE APOYO AL ESTUDIANTE

1. Does your child speak English? / ¿Su niño habla Ingles?

	Always / Siempre
	Sometimes / A veces
	Never / Nunca

2. Does your child have an Individualized Education Program (IEP) or a 504 Plan? /

¿Su hijo tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP) o plano 504?

	Yes (Provide additional information on Section A) / Sí (proporcione información adicional sobre la Sección A)
	No

➤ **STUDENT SUPPORT SERVICES / SERVICIOS DE APOYO AL ESTUDIANTE**

A. If applicable, what immediate services are required (i.e.: medical, counseling, instructional support...)? ¿Si es applicable, qué servicios inmediatos se requieren (médico, consejo, instrucción académica...)?

4. ADDITIONAL INFORMATION / INFORMACIÓN ADICIONAL

A. Household Information / información del Hogar

1. **Including yourself and your child, how many people (adults and children) are there in your family?**

Enter the number of adults (persons 18 years or older who are legally responsible for the children) and dependent adults (persons 18 years or older) who are in your immediate family unit, and the number of dependent children (persons under age 18). / ¿Cuántas personas (adultos y niños/as) hay en su familia, incluyendo a usted y a su niño/a? Marque el número de adultos dependientes que están en su hogar, más el número de niños dependientes (personas de menos de 18 años de edad).

--	--

2. **Including your child, how many of the family members are children under the age of 18?**

Incluyendo a su niño/a, ¿cuántos miembros de la familia son niños o adolescentes de menos de 18 años de edad?

--	--

3. **Other children in family (Please list older children first):**

Otros niños en la familia (favor escriba los niños mayores primero):

Name Nombre	Sex Genero	Date of Birth Fecha de Nacimiento	School Escuela	Grade Grado

➤ **ADDITIONAL INFORMATION / INFORMACIÓN ADICIONAL**

4. **Has the child ever seen a medical doctor or other health professional for a checkup, shots, or routine care?** / ¿Ha visitado el niño/a alguna vez a un médico o otro profesional de salud para algún examen, vacunas o rutina médica?

	No
	Yes (Provide additional information below) / Sí (indique abajo)
	About how many months has it been since the child's last visit? ¿Cuántos meses hace aproximadamente desde la última visita?

5. **Has the child ever seen a dentist or dental hygienist for dental care?**
¿Ha visitado el niño/a alguna vez un dentista o un higienista dental para el cuidado de sus dientes?

	No
	Yes (Provide additional information below) / Sí (indique abajo)
	About how many months has it been since the child's last visit? ¿Cuántos meses hace aproximadamente desde la última visita?

6. **Does the child have any chronic medical problems, special needs, or handicapping conditions?** / ¿Padece el niño de algún problema médico crónico, de necesidades especiales o algún tipo de incapacidad?

	No
	Yes (Print problem or condition below) / Sí (indique abajo)

7. **What kind of health insurance does the child have?** / ¿Qué clase de seguro médico tiene el niño?

	Private or employment-based health insurance Seguro de salud privado o basado en el empleo
	Medicaid
	New Jersey FamilyCare
	Uninsured / No tiene seguro
	Other (print below) / Otro seguro medico (indique abajo)

8. **To the best of your knowledge, how well can the child identify the colors red, yellow, blue, and green by name?** This item requests the opinion of the parent or guardian. Do not administer any tests to the child. / Según su mejor entendimiento ¿con qué grado de seguridad puede el niño identificar los colores rojo, amarillo, azul y verde por el nombre? Marque una de las tres respuestas posibles. Esta pregunta busca solo la opinión de los padres o guardianes. No someta al niño a ningún examen.

	All of the colors / Todos los colores
	Some of them / Algunos de ellos
	None of them / Ninguno

➤ **ADDITIONAL INFORMATION / INFORMACIÓN ADICIONAL**

9. **To the best of your knowledge, how well can the child recognize the letters of the alphabet?** This item requests the opinion of the parent or guardian. Do not administer any tests to the child. / Según su mejor entendimiento ¿con qué grado de seguridad puede el niño identificar los colores rojo, amarillo, azul y verde por el nombre? Marque una de las tres respuestas posibles. Esta pregunta busca solo la opinión de los padres o guardianes. No someta al niño a ningún examen.

	All of the letters of the alphabet / Todas las letras del alfabeto
	Most of them / La mayoría de ellas
	Some of them / Algunas de ellas
	None of them / Ninguna

10. **To the best of your knowledge, how high can the child count?** This item requests the opinion of the parent or guardian. Do not administer any tests to the child. / Según su mejor entendimiento, ¿hasta cuánto sabe el niño contar? Marque una respuesta. Esta pregunta busca solo la opinión de los padres o guardianes. No someta al niño a ningún examen.

	Not at all / No puede
	Up to 5 / Hasta 5
	Up to 10 / Hasta 10
	Up to 20 / Hasta 20
	Up to 50 / Hasta 50
	Up to 100 or more / Hasta 100 ó más

11. **To the best of your knowledge, about how often does the child engage in the following activities at home?** This item requests the opinion of the parent or guardian. / Según su mejor entendimiento, ¿con qué frecuencia realiza el niño las siguientes actividades en casa? Marque una casilla por cada una de las actividades indicadas. Esta pregunta requiere la opinión de los padres o guardianes.

Activity / Actividad	Daily Diariamente	More Than Once a Week / Más de una por semana	Once a Week Una vez por semana	Rarely Raramente
Child watches television. El niño ve la televisión.	1	2	3	4
Child eats meals with parent or guardian. El niño come con sus padres o guardianes.	1	2	3	4
Child looks at or reads books. El niño mira o lee libros.	1	2	3	4
Someone reads to the child. Alguien lee en alta voz para el niño.	1	2	3	4
Child scribbles, draws, or writes. El niño hace garabatos, dibuja o escribe.	1	2	3	4

5. MILITARY INFORMATION / INFORMACIÓN MILITAR

1. Does your child have any military connections? (check one)
Su hijo tiene conexiones militares? (marque uno)

	1= Student is not military connected/ El estudiante no tiene conexiones militares
	2= Active Duty: Student is a dependent of a member of the Active Duty Forces (full-time) Army, Navy, Air Force, Marine Corps or Coast Guard/ Servicio Activo: El estudiante es un dependiente de un miembro de las fuerzas en servicio activo (a tiempo completo) de Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o la Guardia Costera
	3= National Guard or Reserve- Student is a dependent of a member of the National Guard or Reserve Forces (Army, Navy, Air Force, Marine Corps or Coast Guard)/ Guardia Nacional o la Reserva- El estudiante es un dependiente de un miembro de la Guardia Nacional o la Reserva de las Fuerzas (Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o la Guardia Costera)

6. ACKNOWLEDGMENT / RECONOCIMIENTO

By completing and signing this form, I _____,
[Print Full Name]

as Legal Guardian to the child named above, attest that to my knowledge the information provided is correct:

Signature

Date

Al llenar y firmar este formulario, yo _____,
[Imprima su nombre completo]

como tutor legal del menor mencionado anteriormente, aseguro que la información proporcionada es correcta:

Firma

Fecha

Please Note: The Long Branch Public Schools provide a free breakfast program to every student prior the start of the school day. / Las Escuelas públicas de Long Branch proporcionan un programa de desayuno gratis a cada estudiante antes del inicio de la jornada escolar.



**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT
LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740**

“Where Children Matter Most”

Dear Parent/Guardian:

The Long Branch Public Schools is excited to present the Genesis Student Information System Parent Portal. This powerful tool will allow parents to view their child’s grades, attendance, and schedule via the internet. In order to create an account for this service, please provide the information requested below. Once the system is ready for general use, you will receive an e-mail with your login information and you will be able to view your child’s information only. An active e-mail account is necessary for the setup of users in Genesis.

Please fill out this form completely and either e-mail it to genesislb@longbranch.k12.nj.us, or send it to back to your child’s homeroom teacher.

Email address:		
Parent Last Name:		
Parent First Name:		
Parent Middle Name:		
Address:		
Home Phone:		
Alt. Phone:		
Student’s Full Name:		
Sibling(s) Full Name	Full Name	School

Signature of Parent/Guardian

Date



**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT
LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740**

“Where Children Matter Most”

Queridos Padres de Familia:

Las Escuelas Públicas de Long Branch están contentos de poder ofrecer el nuevo sistema “Génesis” para los padres. Este programa les permitirá a los padres ver las calificaciones, asistencia y horarios de sus hijos por el Internet. Para poder crear una cuenta de servicios favor de proveer la información apropiada. Cuando el programa este disponible, le enviaremos una correo electrónico con la información para acceder la cuenta de su hijo. Para poder tener acceso al programa “Génesis” es necesario que su cuenta de correo electrónico este activa. Si usted no tiene una cuenta activa, favor de marcar el cuadro en este formulario y le enviaremos una copia de la información por correo.

Favor de completar la siguiente información y enviarla ya sea electrónicamente a lbpsparents@longbranch.k12.nj.us o enviar este papel al maestro(a). Gracias!

Dirección de correo electrónico:		
Apellido del Padre:		
Primer nombre del Padre:		
Segundo Nombre del Padre:		
Dirección:		
Número de Teléfono:		
Número de Teléfono Alternativo:		
Nombre del Estudiante:		
Escuela		
Nombres de hermano/a (os/as)	Nombre Completo	Escuela

Firma del Padre:

Fecha



**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT
LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740**

“Where Children Matter Most”

Queridos Pais/Guardião:

As escolas publicas de Long Branch estão animados de lhe apresentar o novo sistema de informação do estudante chamado Genesis. Este poderoso instrumento permitirá que os pais vejam as notas de sua criança, a frequência que a criança esta na escola, e sua agenda de classes via a internet. Para criar uma conta para este serviço, forneça as informações solicitadas abaixo. Uma vez que o sistema está pronto par uso geral, você receberá um e-mail con suas informações de login e você será capaz de ver a informação apenas de sua criança. Uma conta de e-mail ativa é necessária para a configuração de usuários em Genesis. Se voce não tiver uma conta de e-mail ativa, marque a caixa abaixo e uma copia dos documentos mencionados será mandado para voce pelo correio.

Por favor, preencha este formulário completamente e envie um e-mail para genesislb@longbranch.k12.nj.us ou enviá-lo de volta para o professor de homeroom. Obrigada!

E-mail:		
Ultimo Nome dos Pais:		
Primeiro Nome dos Pais:		
Nome do Meio dos Pais:		
Endereço:		
Telefone de Casa:		
Telefone Alternativo:		
Nome Completo de Estudante:		
Nome dos Irmãos	Nome Completo	Espola

Assinatura dos Pais:

Data



**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT
LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740**

“Where Children Matter Most”

REQUEST FOR STUDENT RECORDS

Student: _____ Grade: _____ Date of Birth: _____ State ID#: _____
--

REQUEST FOR STUDENT RECORDS

Last School Attended

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

School Address

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

City

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

State

--	--

Date Last Attended

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[DD-MM-YYY]

School Phone Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

The above student has been registered in the Long Branch Public School District, please forward all academic/health (original A45 form), IEP and Special Placement Information records concerning this student to the school specified below.

***FOR OFFICE USE ONLY:**

School Name: _____	Address: _____
Phone Number: _____	Fax: _____ Attention: _____

As a legal guardian to the student named above, by completing this form, I give permission for the release of any and all information requested.

_____ _____
Signature of Parent/Guardian **Date**



**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT
LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740**

“Where Children Matter Most”

Home Language Survey

New Jersey Department of Education regulations require that all schools determine the language(s) spoken in each student’s home in order to identify their specific language needs. This information is essential in order for schools to provide meaningful instruction for all students. **If a language other than English is spoken in the home, the District is required to do further assessment of your child.** Please help us meet this important requirement by answering the following questions. Thank you for your assistance.

Student Information

_____	_____	_____	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
First Name	Middle Name	Last Name	Gender	
_____	_____	_____		
Country of Birth	Date of Birth (mm/dd/yyyy)	Date first enrolled in ANY US school		
_____	_____	_____		

School Information

_____	_____	_____
Start Date in New School	Name of Former School and Town	Current Grade

Questions for Parents/Guardians

What is the native language(s) of each parent/guardian? _____ Mother _____ Father _____ Guardian	Which language(s) are spoken with your child? (include relatives- <i>grandparents, uncles, aunts, etc</i> & caregivers) _____ sometimes / often / always _____ sometimes / often / always _____ sometimes / often / always
What language did your child <u>first</u> understand and speak?	Which language do you use most to communicate with your child?
Which other languages does your child know? _____ speak / read / write _____ speak / read / write	Which languages does your child use to communicate? _____ sometimes / often / always _____ sometimes / often / always
Will you require written information from school in your native language? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No X	Will you require an interpreter/translator at Parent-Teacher meetings?
Parent/Guardian Signature: X	_____ Today's Date: (mm/dd/yyyy)



**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT
LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740**

“Where Children Matter Most”

Idioma hablado en el hogar

Los reglamentos del Departamento de Educación de New Jersey exigen que *todas* las escuelas determinen los idiomas que se hablan en los hogares de los estudiantes para así identificar sus necesidades específicas relacionadas con el idioma. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveer instrucción que todos los estudiantes puedan aprovechar. **Si en su hogar se habla otro idioma que no sea inglés, se requiere que el Distrito evalúe a su hijo más a fondo.** Ayúdenos a cumplir con este importante requisito respondiendo a las siguientes preguntas. Gracias por su ayuda.

Información del estudiante

Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____ F M
Sexo

Pais de nacimiento _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Fecha de matriculación inicial en cualquier escuela de E.U. (mm/dd/aaaa) _____

Información de la escuela

Fecha de comienzo en la escuela nueva _____ Nombre de la escuela y ciudad anterior _____ Grado _____

Preguntas para los padres/encargados

<p>¿Cuál es el idioma natal del padre/la madre/los encargados?</p> <p>_____ Madre</p> <p>_____ Padre</p> <p>_____ Encargado</p>	<p>¿Qué idioma(s) se habla(n) con su hijo? (incluya parientes -abuelos, tíos, tías, etc. - y encargados del cuidado)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>¿Cuál fue el primer idioma que entendió y habló su hijo?</p>	<p>¿Qué idioma usa usted principalmente con su hijo?</p>
<p>¿Qué otros idiomas sabe su hijo?</p> <p>_____ habla / lee / escribe</p> <p>_____ habla / lee / escribe</p>	<p>¿Qué idiomas usa su hijo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>¿Requerirá usted la información impresa de la escuela en su idioma natal?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Requerirá usted un intérprete/traductor en reuniones de padres y maestros?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p>X</p> <p>Firma del padre/la madre/encargado:</p>	<p>_____ / _____ /20</p> <p>Fecha de hoy: (mm/dd/aaaa)</p>

LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS
Long Branch, New Jersey
Transportation Request

New Entrant _____ Moved _____
Change in Transportation
SCHOOL _____
GRADE _____

***Please mark only one (X) for an AM box and one (X) for PM box.
You can choose from Walker, Bus, Babysitter or the Wrap-Around Program**

Child's Name/Nombre de Nino _____ Date/Fecha _____

Check all boxes that apply:



1 I will drive my child. AM
 I will drive my child. PM
 Parent will drive child to /from school

2 My child needs bus transportation.
 (Check siter info below, if needed) AM
 PM

3 My child will go to a babysitter
 (within Long Branch School District) AM
 PM
 (Fill in additional siter information)

	AM	PM
Sitter's Name:	_____	_____
Sitter's Phone:	_____	_____
Sitter's Address:	_____	_____

4 My child will go to wrap-around care.
 (transportation is not provided for/from home for wrap around care)

AM PM **CHILD MUST BE REGISTERED WITH THE WRAP-AROUND PROGRAM
BEFORE THEY CAN ATTEND.**

ANY CHANGES to transportation must be made in person at your child's school.

LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS

"Where Children Matter Most"

540 BROADWAY
LONG BRANCH, NJ 07740



DISTRICT MEDICAL FORMS



LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS
SCHOOL BASED YOUTH SERVICES PROGRAM
404 Indiana Ave, Long Branch, New Jersey 07740

MICHAEL SALVATORE, Ph.D.
Superintendent of Schools

“Where Children Matter Most”

Kathleen Celli, RN
District Head Nurse/ SBYS Director

New Jersey Department of Health
MINIMUM IMMUNIZATION REQUIREMENTS FOR SCHOOL ATTENDANCE
IN NEW JERSEY

N.J.A.C. 8:57-4 Immunization of pupils in school

Grace Period:

30-Day Grace Period: Those children transferring into a New Jersey school, pre-school, or child care center from out of state/out of country may be allowed a 30-day grace period in order to obtain past immunization documentation before provisional status shall begin.

Provisional Admission:

Provisional admission allows a child to enter/attend school after having received a minimum of one dose of each of the required vaccines. Pupils must be actively in the process of completing the series.

Pupils must receive the required vaccines otherwise exclusion from school will be necessary.

**If you need an appointment for immunizations/Physical exams call Monmouth Family Health Center
732-413-2030/732-923-7100**

.....
Departamento de Salud de Nueva Jersey
REQUISITOS DE VACUNAS MINIMO DE ASISTENCIA ESCUELA EN NUEVA JERSEY

N.J.A.C. 8:57-4 La inmunización de los alumnos de la escuela

Periodo de gracia:

30 días de periodo de gracia: Esos niños transferidos en una escuela de Nueva Jersey, preescolar, o un centro de cuidado de niños de fuera del estado / fuera del país se puede permitir un periodo de gracia de 30 días con el fin de obtener la documentación de inmunización pasado antes de estado provisional comenzará.

Admision provisional:

Admisión provisional permite a un niño para entrar / asistir a la escuela después de haber recibido un mínimo de una dosis de cada una de las vacunas requeridas. Los alumnos deben estar activamente en el proceso de completar la serie.

Los alumnos deben recibir las vacunas requeridas de lo contrario exclusión de la escuela será necesario.

**Si necesita una cita para llamadas vacunas/exámenes físicos- llame Monmouth Family Health Center
732-413-2030 / 732-923-7100**



LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS
SCHOOL BASED YOUTH SERVICES PROGRAM
404 Indiana Ave, Long Branch, New Jersey 07740

MICHAEL SALVATORE, Ph.D.
Superintendent of Schools

“Where Children Matter Most”

Kathleen Celli, RN
District Head Nurse/ SBYS Director

New Jersey Department of Health
MINIMUM IMMUNIZATION REQUIREMENTS FOR SCHOOL ATTENDANCE
IN NEW JERSEY

N.J.A.C. 8:57-4 Immunization of pupils in school

Grace Period:

30-Day Grace Period: Those children transferring into a New Jersey school, pre-school, or child care center from out of state/out of country may be allowed a 30-day grace period in order to obtain past immunization documentation before provisional status shall begin.

Provisional Admission:

Provisional admission allows a child to enter/attend school after having received a minimum of one dose of each of the required vaccines. Pupils must be actively in the process of completing the series.

Pupils must receive the required vaccines otherwise exclusion from school will be necessary.

**If you need an appointment for immunizations/Physical exams call Monmouth Family Health Center
732-413-2030/732-923-7100**

Departamento de Saúde de Nova Jersey
REQUISITOS MINIMOS PARA IMUNIZAÇÃO FREQUENCIA ESCOLAR
EM NOVA JERSEY

N.J.A.C. 8: 57-4 A imunização de alunos na escola

Período de carencia:

30-Dia Carência: Aquelas crianças que transferem em uma escola de Nova Jersey, pré-escola ou creche de fora do estado / fora do país podem beneficiar de um periodo de carência de 30 dias, a fim de obter documentação imunização passado, antes estatuto provisório deverá começar.

Admissão provisória:

Admissão provisória permite que uma criança para entrar / frequentar a escola depois de ter recebido um mínimo de uma dose de cada uma das vacinas necessárias. Os alunos devem ser activamente no processo de completar a série.

Os alunos devem receber as vacinas exigidas caso contrário a exclusão da escola será necessário.

**Se você precisa de um compromisso para a chamada imunizações Monmouth Family Health Center.
732-413-2030-732-923-7100**



**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT
LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740**

“Where Children Matter Most”

Our school district is participating in a system where the federal government’s Medicaid will pay state and local school districts for a portion of the costs of health-related special education services provided to Medicaid eligible children. Your child will continue to receive services at no cost to you under this new system. This initiative simply helps us maximize federal funds in support of local education. The information you voluntarily provide by completing this consent form will only be used for the purposes identified. /Nuestro distrito escolar esta participando en un programa por el cual el gobierno federal le pagara a distritos escolares con dolares del “Medicaid”. Bajo este programa, su niño continuara recibiendo estos servicios sin costo alguno a Usted. Este programa simplemente nos ayudara a aumentar los fondos federales que apoyan la educacion. La informacion que Usted proveera en esta autorizacion sera compleada solo para este proposito.

Please fill in the information below, sign the form, and return it to the address indicated.
Por favor, escribe la informacion requerida, firme el formulario, y devuelvalo a la direccion indicada.

<p>CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION TO ACCESS MEDICAID REIMBURSEMENT FOR HEALTH RELATED SUPPORT SERVICES</p> <p>AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION PARA OBTENER PAGE DEL MEDICAID PARA SERVICIOS DE SALUD</p>
--

Child’s Name/ Nombre del Hijno: _____
(First/ Nombre) (Middle/ 2do. Nombre) (Last/ Apellido)

Child’s Date of Birth/ Fecha de Nacimiento del Esudiante: ____/____/____
(Month/ Mes) (Day/ Día) (Year/ Año)

As parent/guardian of the child named above, I give permission to disclose information from my child’s educational records to local, state, and federal agency representatives for the sole purpose of claiming Medicaid reimbursement for health related support services in my child’s Individualized Education Program (IEP).
Como padre/tutor del estudiante aqui nombrado, doy mi permiso para reveler la informacion de los archivos escolares de mi hijo a los representantes de agencias locales, estatales, y federales con el proposito unico de obtener pago de Medicaid para los servicios de salud del Programa de Educacion Individualizado (IEP) de mi hijo.

Signature/ Firma: _____ Date/ Fecha: _____
(Parent/ Guardian/ Padre/ Tutor) (Month/ Mes/Day/ Día/Year/ Año)



**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT
LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740**

“Where Children Matter Most”

Your child's learning depends upon good health. To assist in providing health services at school, please complete and return this form. / *Por favor rellene el formulario.*

STUDENT'S NAME / <i>Nombre del Estudiante:</i>	DATE OF BIRTH / <i>Fecha de Nacimiento:</i>	SEX / <i>Sexo:</i> M F
---	--	---

1. Does your child have any of the following conditions/illnesses?
Su niño/niña tiene algunas de estas condiciones?

√CHECK ANY THAT APPLY √ (MARCA LA QUE APLICA)

ADHD	Heart condition (<i>enfermedad del corazón</i>)
Allergy (<i>Alergias</i>)	Hepatitis (<i>hepatitis</i>)
Bee sting allergy (<i>Alergia a picadura de abejas</i>)	Hernia
Food allergy (<i>alergia de comidas</i>)	Hospitalization /emergency room visits
Medication allergy (<i>alergia de medicinas</i>)	Lead poisoning (<i>envenenamiento por plombo</i>)
Peanut allergy (<i>alergia nueces/cacahuete</i>)	Lyme Disease
Asthma (<i>Asma</i>)	Menstrual Problems (<i>problemas de menstruación</i>)
Bladder problems (<i>problemas de las vejiga</i>)	Mononucleosis
Broken bones (<i>fracturas</i>)	Nosebleeds (<i>sangra mucho de la nariz</i>)
Bone or joint problems (<i>problemas musculares</i>)	Operations (<i>Operaciones</i>)
Cancer (<i>cáncer</i>)	Rheumatic Fever (<i>Fiebre Reumática</i>)
Chicken pox (<i>viruelas</i>)	Scoliosis (<i>Escoliosis</i>)
Chest pains (<i>dolor de pecho</i>)	Seizures (<i>Convulsiones</i>)
Contagious disease (<i>Enfermedades contagiosa</i>)	Serious Illness/Injury (<i>enfermedad/accidente serio</i>)
Concussion (<i>conmoción cerebra</i>)	Sickle Cell Anemia (<i>Anemia de células falciformes</i>)
Dental problems (<i>problemas dental</i>)	Skin Rashes (<i>problemas de la piel</i>)
Diabetes (<i>diabetis</i>)	Sleeping Problems (<i>problemas de dormir</i>)
Dietary restrictions (<i>restricciones de dieta</i>)	Strep Infections (<i>Infección de la garganta</i>)
Ear infections/tubes (<i>infección del oído/tubos en los oídos</i>)	Substance Abuse (<i>toxicomanía/alcohólico</i>)
	Stitches (<i>puntos</i>)
Fainting (<i>desmayo</i>)	Tuberculosis



**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT
LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740**

“Where Children Matter Most”

NURSING SERVICES CONFIDENTIAL HEALTH HISTORY

Student: _____ **Date of birth:** _____

Adopted or Foster Child (circle one): Yes No

Age of child at adoption or foster placement: _____ **Birth mother living?** Yes No

Does child have relationship with birth mother/father? Yes No

1. DEVELOPMENTAL INFORMATION

A) Pre-Natal History

Length of pregnancy: _____ **Maternal age at birth:** _____ **Weight gain:** _____

Total pregnancies (including child): _____ **Living children:** _____

Significant stressful events during pregnancy:

Maternal acute illness during pregnancy:

Maternal chronic illness during pregnancy:

Medications (Rx & OTC), street drugs, alcohol, smoking during pregnancy:

Any other significant events:

1. DEVELOPMENTAL INFORMATION (CONTINUED)

B) Post-natal History

Delivery: Vaginal Forceps C-section

Anesthetic: Yes No

Length of labor: _____ (hrs.) **Complications:** _____

Length of hospital stay: _____ (mother) _____ (infant)

Birth weight: _____ lbs. _____ oz.

Feeding: Breast: _____ (# months) Bottle: _____ **Difficulties?** _____

Any other significant events: _____

C) Developmental Milestones

Age child crawled: _____ **Sat alone:** _____ **Stood alone:** _____

Age child walked: _____ **Spoke words:** _____

Spoke short sentences: _____

Fed self: _____ **Eat nonfoods:** _____ **Dress self:** _____

Bladder control: _____ **Bowel control:** _____

Has child attended preschool/day care? _____

Does child suck his/her thumb? _____ **Is child clumsy?** _____

Does child have temper tantrums or act aggressively? _____ **How often?** _____

Does your child have difficulty speaking or listening? _____

Do you have any concerns about your child and his/her adjustment to school?

Intake Professional: _____ **Date:** _____

2. Please explain any checked answers / *Haga el favor de comentar sobre los problemas medicos:*

3. School transferring from / *Escuela de Transferencia:*

4. Did student ever attend Long Branch Public Schools? Yes No
El estudiante ha asistir a las Escuelas Públicas de Long Branch?

Important Questions / Preguntas Importantes

1. Was the child born premature? / *El niño nació prematuro?* Yes No
2. Did the child have any difficulty before, during or after delivery? Yes No
El niño/niña tuvo problemas durante el parto?
3. Did the child have any delays in sitting or walking? Yes No
El niño/niña se detuvo en aprender a sentarse o caminar?
4. Did the child have any delays in starting to speak? Yes No
El niño/niña se detuvo en aprender a hablar?
5. Does the child have any speech problems? Yes No
El niño/niña tiene problemas al hablar?
6. Does the child wear eyeglasses or contact lenses? Yes No
El niño/niña usa los anteojos o lentes de contacto?
7. Does the child have any hearing difficulty? Yes No
El niño/niña tiene problemas de oír?
8. Does the child take any medication besides vitamins daily? Yes No
El niño/niña necesita medicamentos?
9. Has the child ever had a serious illness or injury? Yes No
El niño/niña tuvo un golpe serio?
10. Has the child ever had an operation? Yes No
El niño/niña tuvo una operación?
11. Does your child have depression or emotional difficulties? Yes No
El niño/niña tiene depresión o dificultades emocionales?
12. Mother's age at birth of this child: _____
Edad de la madre en el nacimiento de este niño:

13. Date of last physical exam: / *Fecha del último examen físico:* _____

13A. Please explain any "YES" answers or medical problems in this area.

Haga el favor de comentar sobre los problemas médicos del niño/niña.

14. Do you have health insurance? / *Tiene segura de salud?* Yes No

15. Name of Health Care Provider / *Nombre del eguro medico:*

Signature / Firma: _____ **Date / Fecha:** _____

UPDATED IMMUNIZATION RECORD MUST BE ATTACHED TO FORM.

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					