



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

"Where Children Matter Most"

REQUIRED DOCUMENTS FOR STUDENT REGISTRATION

The following documents are required to register a new student:

- 1. Birth Certificate**
- 2. Social Security Number** (if applicable)
- 3. Immunization Records**
- 4. Proof of Residence** (A copy of one of the following documents must be provided)
 - Utility bill (gas, water, electric)
 - Telephone or cell phone bill
 - Cable bill
 - Credit card bill
 - Medical bill
 - Bank statement
 - Insurance bill
 - Correspondence from the Monmouth County Social Services

NOTE: Bills must have a current date.

The parent or guardian's full name listed on the Birth Certificate must be on the Proof of Residency. No bills are accepted under someone else's name.

Affidavit of Residence: Must be completed at our Administrative Offices located at 540 Broadway by appointment only (732) 571-2868 Ext. 40082.

DOCUMENTOS NECESÁRIOS PARA REGISTRAR UN NUEVO ESTUDIANTE

Los siguientes documentos son necesarios para registrar un nuevo estudiante:

- 1. Certificado de Nacimiento**
- 2. Número de Seguro Social** (Si es aplicable)
- 3. Registros de Vacunaciones**
- 4. Prueba de Residencia** (una copia de uno de los documentos listados abajo)
 - Copia de una factura de servicios públicos (gas, agua, electricidad)
 - Copia de una factura de teléfono/celular
 - Copia de una factura de servicios de televisión
 - Copia de una factura de tarjeta de crédito
 - Copia de una factura médica
 - Estados de cuentas bancarias
 - Facturas de seguros
 - Correspondencia de los Servicios Sociales de Monmouth County

NOTA: Las facturas deben tener una fecha actual.

El nombre del padre que aparece en el certificado de nacimiento debe estar en la prueba de residencia. No se aceptan billetes bajo cualquier otro nombre.



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

"Where Children Matter Most"

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 12 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 (grades 9-12 can wear black pants)
- * 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 | ➤ <i>JC Penney</i> |
| ➤ Walmart | ➤ <i>Old Navy</i> |
| ➤ Kohls | ➤ <i>GAP</i> |
| ➤ K-Mart | |

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
Superintendent of Schools



Sample Clothing

LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS

540 Broadway
Long Branch, NJ 07740



Grades Preschool and Kindergarten Registration Form

September 2015

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	Entering Grade
Evidence of Birth Provided	Birth Certificate	Passport	Baptismal Certificate

Instructions for completing registration:

Changes to current rules now require the school to gather more information when you register your child. The information you provide is optional, and will be kept confidential. We will use the information you provide for study and to help us continually improve. Please complete the questions carefully and completely, and as always, contact your child's building principal if you have any questions.

Las instrucciones para completar matrícula:

Los cambios y reglas actuales requieren que la escuela reúna más información cuando registra a su niño(a). La información que usted proporciona es opcional, y será mantenido confidencial. Utilizaremos la información que usted proporciona para el estudio y para ayudarnos a mejorar continuamente. Por favor conteste las preguntas con cuidado y completamente. Como siempre, si usted tiene alguna pregunta, llame al director de la escuela de su niño(a).

1.) About the Child

Last Name of Child / Apellido del Niño/a

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

First Name of Child / Nombre del Niño/a

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

Middle Name of Child – If applicable. / Segundo Nombre – Si es aplicable.

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

Generation Code or Suffix – If applicable, for example: Jr., Sr., III.

Código de clasificación de la generación o Sufijo – Si es aplicable, por ejemplo: Jr., Sr., III.

--	--	--

Birth Date of Child (Month/Day/Year) / Fecha de Nacimiento del Niño/a (Mes/Día/Año)

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

What is the child's sex? Mark one box. ¿Cuál es el sexo del niño/a? Marque una respuesta.

F	Female	Femenino
M	Male	Masculino

2.) Whom Does Child Live With/Con Quién Vive El(La) Niño(a)? Circle one/Haga un círculo alrededor de la respuesta

Mother Father Both Parents Grandparent/s Guardian Other:
(Madre) (Padre) (Dos Padres) (Abuelo/s) (Guardian) (Otro):

Name of legal guardian/Nombre del guardián legal

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

3.) What is your relationship to the child? Mark one box.

¿Cuál es su relación con el niño? Marque una respuesta.

1	Mother	Madre
2	Father	Padre
3	Legal guardian	Guardián legal
4	Foster parent	Padre adoptivo / Madre adoptive

4.) Home Address/Dirección

Street/Calle

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

City/Ciudad

State/Estado

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

Street corner closest to home/Esquina mas cercana a la casa

Home telephone number/Número de teléfono de la casa

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

Name of Primary Parent /guardian /Nombre del pariente/guardián primario

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

Primary Parent /guardian work phone number/Número telefónico del trabajo del pariente/guardián primario

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

Primary Parent/ guardian cell phone number/Número celular del padre/guardián primario

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

Name of secondary Parent /guardian / Nombre del padre/guardián secundario

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

Secondary Parent /guardian work phone number/ Número telefónico de trabajo del padre/guardián secundario

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

Secondary Parent/ guardian cell phone number/ Número celular del padre/guardián secundario

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

5.) Emergency Contact Information/Infomación Para Contactos de Emergencia

Primary emergency contact name/Nombre del contacto primario

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

Primary emergency contact relationship to student/Relación parentesca del estudiante

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

Primary emergency contact primary phone number/Número telefónico del contacto primario

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

Primary emergency contact additional phone number/Número telefónico adicional del contacto primario

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

Secondary emergency contact name/Nombre de contacto secundario

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

Secondary emergency contact relationship to student/ Relación parentesco del estudiante

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

Secondary emergency contact primary phone number/ Número telefónico del contacto secundario

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

Secondary emergency contact additional phone number/ Número telefónico adicional del contacto secundario

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

6.) Where was the child born/Donde nació el niño(a)?

City/Ciudad

State/Estado

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

Country/País

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

Date of Entry into the United States/Fecha de Entrada a los Estados Unidos: _____

7.) Last School Attended/Escuela Que Asistio?

Has Student Previously Attended School in the US/Ha asistido el estudiante a alguna escuela en los Estados Unidos?

YES (SI) NO

School Name /Nombre de la Escuela

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

Country/País

City/Ciudad

State/Estado

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

Has Student Previously Attended School **in Long Branch**/Ha asistido antes a alguna de las escuelas de Long Branch?

YES (SI)

NO

If Yes, When? Year (Año) _____ Which School (Escuela)? _____

8.) Is the child Spanish, Hispanic or Latino? Mark one or more groups to indicate the child's

Spanish/Hispanic/Latino origin.

¿Es el niño Español, Hispano o Latino? Marque uno o más grupos para indicar el origen Español, Hispano o Latino del niño.

999	No, not Spanish/Hispanic/Latino.	No, no es Español/Hispano/Latino.
144	Yes, Mexican, Mexican American, Chicano	Sí, Mejicano, Mejicano-Americano, Chicano
179	Yes, Puerto Rican	Sí, Puertorriqueño
056	Yes, Cuban	Sí, Cubano
*	Yes, other Spanish/Hispanic/Latino (Print group.)	Sí, Español/Hispano/Latino de otro grupo (Indique en letra de imprenta el grupo)

*see table on last page

9.) What is the child's race? Mark one or more races to indicate the child's race.

¿Cual es la raza del niño/a? Marque uno o más de una respuesta para indicar la raza de su hijo/a.

☐	White	☐	Blanco
☐	Black or African American	☐	Negro o Americano Africano
☐	American Indian or Alaska Native	☐	Indio Nativo de América o Nativo de Alaska
☐	Asian or Pacific Islander	☐	Nativo de la Isla de Asia o del Pacífico
☐	Some other race (Print race.)	☐	Otra raza (Indique la raza.)
☐		☐	

10.) What language does the child speak most at home? Mark one box.

¿Qué lenguaje habla su hijo/ en la casa? Marque una respuesta.

040	English	☐	Inglés
138	Spanish	☐	Español
008	Arabic	☐	Arabe
030	Chinese	☐	Chino
035	Creole (Haitian)	☐	Creole (Haitiano)
057	Gujarati	☐	Gujarati
080	Korean	☐	Coreano
115	Polish	☐	Polaco
116	Portuguese	☐	Portugués
120	Russian	☐	Ruso
153	Urdu	☐	Urdu
	Some other language (Print language.)	☐	Otro lenguaje (Indique el lenguaje.)

11.) 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 (personas de 18 años o de más que son legalmente responsables por su hijo/a) y adultos de depende (personas de 18 años de edad o más) que están en su núcleo familia, y el número de niños de depende (personas de menos de 18 años de edad).

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

12.) 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?

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

13.) Other children in family: (Please list older children first? Otro niños en la familia (favor de inscribir el niño mayor primero)

Name/Nombre	Sex/sexo	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento	School/Escuela	Grade

14.) Has the child ever seen a medical doctor or other health professional for a checkup, shots, or routine care? Mark one box.

¿Ha visitado el niño/a alguna vez a un médico u otro profesional de salud para algún examen, vacunas o rutina médica? Marque una casilla.

N	No	☐	No	☐
Y	Yes (Provide additional information below.)	☐	Sí (Explique a continuación.)	☐
0-99	About how many months has it been since the child's last visit?		¿Cuántos meses hace aproximadamente desde la última visita?	

15.) Has the child ever seen a dentist or dental hygienist for dental care? Mark one box.

¿Ha visitado el niño/a alguna vez un dentista o un higienista dental para el cuidado de sus dientes?

Marque una casilla.

N	No	No
Y	Yes (Provide additional information below.)	Sí (Explique a continuación.)
0-99	About how many months has it been since the child's last visit?	¿Cuántos meses hace aproximadamente desde la última visita?

16.) Does the child have any chronic medical problems, special needs, or handicapping conditions? Mark one box.

¿Padece el niño de algún problema médico crónico, de necesidades especiales o algún tipo de incapacidad?

Marque una respuesta.

N	No	No
Y	Yes (Print problem or condition.)	Sí (Indique en letra de imprenta el problema o condición.)

17.)What kind of health insurance does the child have? Mark one box.

¿Qué clase de seguro médico tiene el niño? Marque una casilla.

1	Private or employment-based health insurance	Seguro de salud privado o basado en el empleo
2	Medicaid	Medicaid
3	New Jersey FamilyCare	New Jersey FamilyCare
4	Some other health insurance	Otro tipo de seguro medico
5	Uninsured	No tiene seguro.

18.) To the best of your knowledge, how well can the child identify the colors red, yellow, blue, and green by name? Mark one box. 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.

1	All of the colors	Todos los colores
2	Some of them	Algunos de ellos
3	None of them	Ninguno

19.) To the best of your knowledge, how well can the child recognize the letters of the alphabet? Mark one box. This item requests the opinion of the parent or guardian. Do not administer any tests to the child.

Según su mejor entendimiento, ¿en qué medida reconoce el niño las letras del alfabeto? Marque una respuesta. Esta pregunta busca solo la opinión de los padres o guardianes. No someta al niño a ningún examen.

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

20.) To the best of your knowledge, how high can the child count? Mark one box. 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.

1	Not at all	Nada en absolute
2	Up to 5	Hasta 5
3	Up to 10	Hasta 10
4	Up to 20	Hasta 20
5	Up to 50	Hasta 50
6	Up to 100 or more	Hasta 100 ó más

21.) To the best of your knowledge, about how often does the child engage in the following activities at home? Mark one box for each activity listed. 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 vez a la semana	Once a Week / Una vez a la 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 hojea 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

22.) Will the child require care outside of normal school hours? Mark one or more boxes.

Care outside of normal school hours (often referred to as "wrap around care") must be offered to every child, even if it is not available in every site. However, once a parent/guardian is made aware of its availability, he/she may opt out of it.

¿Su hijo/a necesitará servicios de cuidado antes o después de las horas escolares? Seleccione una o más de una casilla. Cuidado antes o después de las horas escolares ("wrap around") tiene que ser ofrecido a todo niño matriculado, aunque no sea ofrecido en todos los centros. Pero una vez que el padre/guardián esté informado de este programa, el o ella, puede rechazarlo.

No / No					
Yes, early morning beginning at Si, empezando muy temprano en la mañana	hh		m	m	AM
Yes, afternoon ending at Si, en la tarde hasta las	hh		m	m	PM

23.) If the child requires care outside of normal school hours, indicate why. Mark one or more boxes.

Si el niño necesita servicios de cuidado fuera de las horas escolares, indique el por qué. Marque una o más respuestas.

1	No one else is available to provide quality care for the child.	No hay nadie que pueda cuidar al niño como es debido.
2	No one is available to transport the child later in the morning and/or earlier in the afternoon.	No hay nadie que pueda transportar al niño más tarde en la mañana, ni más temprano en la tarde.
3	Work related.	Relacion al trabajo.
4	Some other reason (Print reason.)	Otras razones (Indique en letra de imprenta la razón.)

Will the child require care during holidays and scheduled school closings? Mark one box.

¿Necesitará el niño servicios de cuidados durante los días de fiesta y en días en que la escuela, según su calendario, cierra? Marque una respuesta.

Y	Yes	Sí
N	No	No

Will the child require care during the summer? Mark one box.

¿Necesitará servicios de cuidado para su hijo/a en el verano? Marque una respuesta.

Y	Yes	Sí
N	No	No

24.) Are you currently employed, attending school, and/or attending job training?

Mark one or more boxes and print the number of hours per week for each activity, if applicable. For the purposes of answering this question, "full time" means at least 30 hours a week.

¿Se encuentra actualmente empleado, asistiendo a la escuela y/o asistiendo a un entrenamiento para empleo? Marque una o más respuestas e indique, en letra de imprenta, el número de horas por semana en cada actividad, si corresponde. Para el propósito de responder esta pregunta, "tiempo completo" requiere no menos de 30 horas semanales.

☒			Hours Per Week / Horas por semana	
	Employed/working Empleado/trabajando	Full Time / Tiempo completo	30 &	Up
		Part Time / Medio tiempo	29	Or less
		Seasonal / De temporada		
	Attending school Asistiendo a la escuela	Full Time / Tiempo completo	30 &	Up
		Part Time / Medio tiempo	29	Or Less
	Attending job training En entrenamiento para empleo	Full Time / Tiempo completo	30 &	Up
		Part Time / Medio tiempo	29	Or Less
	Unemployed Desempleado			

25.) If applicable, is the child's other parent/guardian currently employed and/or attending school and/or job training? Mark one or more boxes and print the number of hours per week for each activity, if applicable. For the purposes of answering this question, "full time" means at least 30 hours a week.

Si es aplicable, ¿el otro padre/madre/o guardian del niño está actualmente empleado, asistiendo a la escuela y/o a un entrenamiento para empleo? Marque una o más casillas e indique en letra de imprenta en número de horas por semana en cada actividad. Para el propósito de responder esta pregunta, "tiempo completo" requiere no menos de 30 horas semanales.

☒			Hours Per Week / Horas por semana	
	Employed/working Empleado/trabajando	Full Time / Tiempo completo	30 &	Up
		Part Time / Medio tiempo	29	Or less
		Seasonal / De temporada		
	Attending school Asistiendo a la escuela	Full Time / Tiempo completo	30 &	Up
		Part Time / Medio tiempo	29	Or less
	Attending job training En entrenamiento para empleo	Full Time / Tiempo completo	30 &	Up
		Part Time / Medio tiempo	29	Or less
	Unemployed Desempleado			
	No other parent/guardian No existe otro padre/guardián			

26.) What was your family's total gross income last year? Please include any wages, salaries, tips, or other earnings from all jobs, self-employment income, interest, dividends, social security, Supplemental Security Income, public assistance or welfare payments, retirement, etc. Report amount before deductions for taxes, bonds, dues, etc. Include income from all family members.

¿Cuál fue el ingreso total de su familia el año pasado? Por favor, incluya los salarios, propinas u otras ganancias de todos sus trabajos, sus ingresos como autoempleado, intereses, dividendos, seguro social, ingresos por Seguro Suplementario, asistencia pública o pagos del welfare, retiro, etc. Indique toda la cantidad antes de los descuentos por impuestos, bonos, deudas, etc. Incluya el ingreso de todos los miembros de la familia.

01	\$0 to \$2,999	\$0 a \$2,999	09	\$40,000 to \$49,999	\$40,000 a \$49,999
02	\$3,000 to \$5,999	\$3,000 a \$5,999	10	\$50,000 to \$59,999	\$50,000 a \$59,999
03	\$6,000 to \$8,999	\$6,000 a \$8,999	11	\$60,000 to \$69,999	\$60,000 a \$69,999
04	\$9,000 to \$11,999	\$9,000 a \$11,999	12	\$70,000 to \$79,999	\$70,000 a \$79,999
05	\$12,000 to \$14,999	\$12,000 a \$14,999	13	\$80,000 to \$89,999	\$80,000 a \$89,999
06	\$15,000 to \$19,999	\$15,000 a \$19,999	14	\$90,000 to \$99,999	\$90,000 a \$99,999
07	\$20,000 to \$29,999	\$20,000 a \$29,999	15	\$100,000 or more	\$100,000 ó más
08	\$30,000 to \$39,999	\$30,000 a \$39,999			

27.)

Yes/Si

No

Does your family have a computer at home?	Y	N
Does this computer have a word processing program? (Microsoft Word, WordPerfect, Lotus)	Y	N
Does this computer have internet access?	Y	N
Dial up	Y	N
DSL (Verizon)	Y	N
Cable Modem	Y	N

28.) What is the highest degree or level of school the child's mother has completed?

Mark one box. If currently enrolled, mark the previous grade or highest degree received.

¿Cuál es el máximo grado académico o nivel escolar que la madre del niño ha alcanzado? Marque una casilla. Si se encuentra actualmente siguiendo sus estudios, indique el máximo grado obtenido.

01	No schooling completed	No asistió a la escuela.
02	Nursery school to 4th grade	Desde preescolar hasta el 4° grado
03	5th grade or 6th grade	5° ó 6° grado
04	7th grade or 8th grade	7° u 8° grado
05	9th grade	9° grado
06	10th grade	10° grado
07	11th grade	11° grado
08	12th grade, no diploma	12° grado, sin diploma
09	High school graduate – high school diploma or the equivalent (for example: GED)	Graduado de Secundaria – diploma de secundaria o equivalente (por ejemplo: GED)
10	Some college credit, but less than 1 year	Algunos créditos universitarios, pero menos de un año
16	1 or more years of college, no degree	1 ó más años de universidad, sin grado
11	Associate degree (for example: AA, AS)	Grado asociado (por ejemplo: AA, AS)
12	Bachelor's degree (for example: BA, AB, BS)	Bachiller Universitario (por ejemplo: BA, AB, BS)
13	Master's degree (for example: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)	Grado de Master (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
14	Professional degree (for example: MD, DDS, DVM, LLB, JD)	Grado profesional (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, JD)
15	Doctorate degree (for example: PhD, EdD)	Doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)

29.) What methods of transportation do your household members have convenient access to and from home? Mark one or more methods.

¿Qué medio de transportación más fácil y cómodo tienen los miembros de su familia en su casa? Marque uno o más de uno.

1	Personal car/automobile/vehicle	Automóvil/vehículo personal
2	Public transportation/mass transit – bus, rail	Transporte público/tránsito masivo – autobús, tren
4	No convenient access to car or public transportation	No hay acceso fácil de automóvil, ni a transporte público.

Hispanic or Latino Ethnicity Table

022= Belize – Central America
053= Costa Rica- Central America
068= El Salvadore- Central America
094= Guatemala – Central America
101= Honduras – Central America
160 = Nicaragua – Central America
171 = Panama – Central America

010 = Argentina – South America
030 = Brazil – South America
026 = Bolivia – South America
044 = Chile – South America
048 = Columbia – South America
066 = Equador – South America
097 = Guyana – South America
173 = Paraguay – South America
174 = Peru – South America
233 = Uruguay – South America
236 = Venezuela – South America

204 = Spain

999 = No

By completing and signing this form, I _____, as Legal
Guardian Print Full Name

to the child named above, attest that to my knowledge the information
provided is

correct : _____
Signature Date

Al completar y firmar este formulario, yo _____,
Guardián (Nombre en Manuscrito)

Legal de el niño (a) arriba mencionado, testifico que mi conocimiento sobre
esta información

Es correcto: _____
(Firma) (Fecha)

END OF FORM- END OF FORM-END OF FORM- END OF FORM

LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS

"Where Children Matter Most"

540 BROADWAY
LONG BRANCH, NJ 07740



DISTRICT MEDICAL FORMS



**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.

Please fill in the information below, sign the form, and return it to the address indicated.

CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION TO ACCESS MEDICAID REIMBURSEMENT FOR HEALTH RELATED SUPPORT SERVICES

Child's Name: _____
(First) (Mid. Initial) (Last)

Child's Date of Birth: ____ / ____ / ____
(Month) (Date) (Year)

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).

Signature: _____ Date: _____
(Parent or person in parental relationship) (Month/Day/Year)



**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

I. 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:

I. 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: _____



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

“Where Children Matter Most”

**HISTORIAL DE SALUD CONFIDENCIAL
SERVICIOS DE ENFERMERIA**

Nombre del estudiante : _____

Fecha de nacimiento : _____

Hijo(a) adoptivo(a) o de crianza: ☐ Si ☐ No

Edad del niño(a) al tiempo de adopción: _____ Madre natural vive? ☐ Si ☐ No

Tiene el niño(a) contacto con los padres naturales? ☐ Si ☐ No

I. INFORMACIÓN DE DESARROLLO

A) Historial Pre-Natal

Duración del embarazo: _____ Edad de la madre cuando tuvo el niño: _____

Aumentó de peso: _____ Total de embarazos (incluyendo este niño(a)) _____ Niños vivos: _____

Situaciones de mucha tensión durante el embarazo:

Enfermedad(es) aguda(s) temporera de la madre durante el embarazo:

Enfermedad(es) crónicas de la madre durante el embarazo:

Medicamentos (Rx & OTC), drogas de la calle, alcohol, fumar durante el embarazo:

Cualquier otro evento significativo:

I. INFORMACIÓN DE DESARROLLO (CONTINUADO)**B) Historial Post-Natal**Parto: ☐ Vaginal ☐ Fórceps ☐ CesáreaAnestesia: ☐ Si ☐ No

Duración del parto _____ (horas) Complicaciones _____

Tiempo de estadía en el hospital: _____ (madre) _____ (recién nacido)

Peso al nacer: _____ lbs. _____ oz.

Alimento: ☐ Seno _____ (# de meses) ☐ Botella: _____ ¿Dificultades? _____

Cualquier otro evento significativo: _____

C) Desarrollo del Niño(a)

Edad en que gateó: _____ Se sentó: _____ Se paró solo(a): _____

Edad en que caminó: _____ Habló palabras: _____

Habló en pequeñas oraciones: _____

Comió solo: _____ Comió cosas que no son alimento? _____ Se vistió solo(a): _____

Tuvo control de su vejiga: _____ Control de los intestinos: _____

¿Niño(a) asistió a un centro de cuidado infantil/escuela pre-escolar? _____

¿Se mama el niño(a) el dedo? _____ ¿Es el niño(a) torpe? _____

¿Le da al niño(a) cólera? _____ ¿Cuántas veces? _____

¿Tiene el niño(a) dificultades al hablar o escuchar? _____

¿Tiene usted alguna preocupación con respecto a el ajuste de su niño(a) en la escuela?

Información tomada por: _____ Fecha: _____



**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>)
Fainting (<i>desmayo</i>)	Stitches (<i>puntos</i>)
Head injury – serious (<i>golpe a la cabeza</i>)	Tuberculosis
	Weight - over/under (<i>sobrepeso/desnutrido</i>)

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?
El niño/niña tuvo problemas durante el parto? ☐ Yes ☐ No
3. Did the child have any delays in sitting or walking?
El niño/niña se detuvo en aprender a sentarse o caminar? ☐ Yes ☐ No
4. Did the child have any delays in starting to speak?
El niño/niña se detuvo en aprender a hablar? ☐ Yes ☐ No
5. Does the child have any speech problems?
El niño/niña tiene problemas al hablar? ☐ Yes ☐ No
6. Does the child wear eyeglasses or contact lenses?
El niño/niña usa los anteojos o lentes de contacto? ☐ Yes ☐ No
7. Does the child have any hearing difficulty?
El niño/niña tiene problemas de oír? ☐ Yes ☐ No
8. Does the child take any medication besides vitamins daily?
El niño/niña necesita medicamentos? ☐ Yes ☐ No
9. Has the child ever had a serious illness or injury?
El niño/niña tuvo un golpe serio? ☐ Yes ☐ No
10. Has the child ever had an operation?
El niño/niña tuvo una operación? ☐ Yes ☐ No
11. Does your child have depression or emotional difficulties?
El niño/niña tiene depresión o dificultades emocionales? ☐ Yes ☐ No

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.
REGISTRO DE VACUNAS ACTUALIZADOS DEBE ESTAR JUNTO CON ESTE FORMULARIO.

UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD

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

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

Instructions for Completing the Universal Child Health Record (CH-14)

Section 1 - Parent

Please have the parent/guardian complete the top section and sign the consent for the child care provider/school nurse to discuss any information on this form with the health care provider.

The WIC box needs to be checked only if this form is being sent to the WIC office. WIC is a supplemental nutrition program for Women, Infants and Children that provides nutritious foods, nutrition counseling, health care referrals and breast feeding support to income eligible families. For more information about WIC in your area call 1-800-328-3838.

Section 2 - Health Care Provider

1. Please enter the date of the physical exam that is being used to complete the form. Note significant abnormalities especially if the child needs treatment for that abnormality (e.g. creams for eczema; asthma medications for wheezing etc.)

- **Weight** - Please note pounds vs. kilograms. If the form is being used for WIC, the weight must have been taken within the last 30 days.
- **Height** - Please note inches vs. centimeters. If the form is being used for WIC, the height must have been taken within the last 30 days.
- **Head Circumference** - Only enter if the child is less than 2 years.
- **Blood Pressure** - Only enter if the child is 3 years or older.

2. **Immunization** - A copy of an immunization record may be copied and attached. If you need a blank form on which to enter the immunization dates, you can request a supply of Personal Immunization Record (IMM-9) cards from the New Jersey Department of Health, Vaccine Preventable Diseases Program at 609-826-4860.

- The Immunization record must be attached for the form to be valid.
- "Date next immunization is due" is optional but helps child care providers to assure that children in their care are up-to-date with immunizations.

3. **Medical Conditions** - Please list any ongoing medical conditions that might impact the child's health and well being in the child care or school setting.

- a. Note any significant medical conditions or major surgical history. **If the child has a complex medical condition, a special care plan should be completed and attached for any of the medical issue blocks that follow.** A generic care plan (CH-15) can be downloaded at www.nj.gov/health/forms/ch-15.dot or pdf. Hard copies of the CH-15 can be requested from the Division of Family Health Services at 609-292-5666.
- b. **Medications** - List any ongoing medications. Include any medications given at home if they might impact the child's health while in child care (seizure, cardiac or asthma medications, etc.). Short-term medications such as antibiotics do not need to be listed on this form. Long-term antibiotics such as antibiotics for urinary tract infections or sickle cell prophylaxis should be included.

PRN Medications are medications given only as needed and should have guidelines as to specific factors that should trigger medication administration.

Please be specific about what over-the-counter (OTC) medications you recommend, and include information for the parent and child care provider as to dosage, route, frequency, and possible side effects. Many child care providers may require separate permissions slips for prescription and OTC medications.

- c. **Limitations to physical activity** - Please be as specific as possible and include dates of limitation as appropriate. Any limitation to field trips should be noted. Note any special considerations such as avoiding sun exposure or exposure to allergens. Potential severe reaction to insect stings should be noted. Special considerations such as back-only sleeping for infants should be noted.
- d. **Special Equipment** - Enter if the child wears glasses, orthodontic devices, orthotics, or other special equipment. Children with complex equipment needs should have a care plan.
- e. **Allergies/Sensitivities** - Children with life-threatening allergies should have a special care plan. Severe allergic reactions to animals or foods (wheezing etc.) should be noted. Pediatric asthma action plans can be obtained from The Pediatric Asthma Coalition of New Jersey at www.pacnj.org or by phone at 908-687-9340.
- f. **Special Diets** - Any special diet and/or supplements that are medically indicated should be included. Exclusive breastfeeding should be noted.
- g. **Behavioral/Mental Health issues** - Please note any significant behavioral problems or mental health diagnoses such as autism, breath holding, or ADHD.
- h. **Emergency Plans** - May require a special care plan if interventions are complex. Be specific about signs and symptoms to watch for. Use simple language and avoid the use of complex medical terms.

4. **Screening** - This section is required for school, WIC, Head Start, child care settings, and some other programs. This section can provide valuable data for public health personnel to track children's health. Please enter the date that the test was performed. Note if the test was abnormal or place an "N" if it was normal.
- For lead screening state if the blood sample was capillary or venous and the value of the test performed.
 - For PPD enter millimeters of induration, and the date listed should be the date read. If a chest x-ray was done, record results.
 - Scoliosis screenings are done biennially in the public schools beginning at age 10.

This form may be used for clearance for sports or physical education. As such, please check the box above the signature line and make any appropriate notations in the Limitation to Physical Activities block.

5. Please sign and date the form with the date the form was completed (note the date of the exam, if different)
- Print the health care provider's name.
 - Stamp with health care site's name, address and phone number.



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

First Name _____ Middle Name _____ Last Name _____ F ☐ M ☐
Gender
Country of Birth _____ Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____ Date first enrolled in ANY U.S. school (mm/dd/yyyy) _____

School Information

Start Date in New School (mm/dd/yyyy) _____ Name of Former School and Town _____ Current Grade _____

Questions for Parents/Guardians

What is the native language(s) of each parent/guardian? (circle one) _____ Mother _____ Father _____ Guardian	Which language(s) are spoken with your child? (include relatives -grandparents, uncles, aunts,etc. - and caregivers) _____ 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? (circle all that apply) _____ speak / read / write _____ speak / read / write	Which languages does your child use to communicate? (circle one) _____ sometimes / often / always _____ sometimes / often / always
Will you require written information from school in your native language? ☐ Yes ☐ No	Will you require an interpreter/translator at Parent-Teacher meetings? ☐ Yes ☐ No
X Parent/Guardian Signature: _____	_____/_____/20 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	Sexo ☐ F ☐ M
País de nacimiento	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Fecha de matriculación inicial en CUALQUIER escuela de EE.UU. (mm/dd/aaaa)	
Información de la escuela	
Fecha de comienzo en la escuela nueva (mm/dd/aaaa)	Nombre de la escuela y ciudad anterior
Grado actual	
Preguntas para los padres/encargados	
¿Cuál es el idioma natal del padre/la madre/los encargados? (encierre en un círculo)	¿Qué idioma(s) se habla(n) con su hijo? (incluya parientes -abuelos, tíos, tías, etc. - y encargados del cuidado)
_____ (madre / padre / encargado)	_____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre
_____ (madre / padre / encargado)	_____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre
¿Cuál fue el primer idioma que entendió y habló su hijo?	¿Qué idioma usa usted principalmente con su hijo?
¿Qué otros idiomas sabe su hijo? (encierre en un círculo todo lo que corresponda)	¿Qué idiomas usa su hijo? (encierre uno en un círculo)
_____ habla / lee / escribe	_____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre
_____ habla / lee / escribe	_____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre
¿Requerirá usted la información impresa de la escuela en su idioma natal? ☐ Sí ☐ No	¿Requerirá usted un intérprete/traductor en reuniones de padres y maestros? ☐ Sí ☐ No
Firma del padre/la madre/encargado: X	_____/_____/20 Fecha de hoy: (mm/dd/aaaa)



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.

☐ No Email	If you do not have an active email at this time, please check this box and a paper copy of the above information will be sent to you via mail.
Email address:	
Parent Last Name:	
Parent First Name:	
Parent Middle Name:	
Address:	
Home Phone:	
Alt. Phone:	
Student's Full Name:	
Student ID:	
School:	

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**

MICHAEL SALVATORE
Superintendent of Schools
(732) 571-2868, Ext 40010
Fax: (732) 229-0797

"Where Children Matter Most"

Estimado Padre / Tutor:

Las Escuelas Públicas de Long Branch presenta el Sistema de Información Estudiantil; Génesis. Esta poderosa herramienta permitirá a los padres ver a los grados de su hijo(a), la asistencia y horario, todo a través de la Internet. Con el fin de crear una cuenta para este servicio, por favor proporcione la información solicitada a continuación. Una vez que el sistema está listo para su uso general, usted recibirá un correo electrónico con su información de entrada y será capaz de ver la información de su hijo(a). Una cuenta de correo electrónico es necesaria para crear su cuenta en Génesis.

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/Tutor

Fecha

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

LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS
Long Branch, New Jersey
Transportation Request

English/Spanish

***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. ☐ AM
(Check sitter info below, if needed) ☐ PM

Dirección del Niño/Niña

Address of Child _____

Nombre de padre/madre

Parent's Name _____

Telefono

Phone # _____

Celular

Cell # _____

Firma

Parent's Signature _____

3 ☐ My child will go to a babysitter ☐ AM
(within Long Branch School District) ☐ PM

(Fill in additional sitter information)

AM

Sitter's Name: _____

Sitter's Phone: _____

Sitter's Address: _____

PM

Sitter's Name: _____

Sitter's Phone: _____

Sitter's Address: _____

4 ☐ My child will go to wrap-around care. ☐ AM
☐ PM

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

(transportation is not provided to/from home for wrap around care)

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