



## Brick Township Public Schools

Registro Central

101 Hendrickson Avenue

Brick, NJ 08724

(732) 785-3000 x1067 o 1068

## REQUISITOS de MATRICULA PARA KINDERGARTEN

SOLAMENTE EL PADRE NATURAL O EL GUARDA PUEDE MATRICULAR EL ESTUDIANTE!!  
**SE REQUIERE LA IDENTIFICACIÓN DE FOTO!**

- I. Prueba de residencia (necesario antes de empezar matriculación);
- A. Dos (2) Pruebas de Residencia tiene que ser presentado indicando el estudiante vive en la zona apropiada. Ejemplos aceptables de prueba son:
1. Cuenta de Impuestos, Escritura del hogar, Contrato de Venta, declaración de Hipoteca; o Recibo de Arrendamiento con la dirección de la propiedad: y
  2. Fracturas de utilidad o licencia digital de manejo (Será aceptada como segunda prueba!)
- B. En caso de que el estudiante y los padres vivan con una tercera persona, la tercera persona debe comprobar residencia de la lista mencionada (en el numero 1). Una "Formulario de Residencia de Terceros" (Forma "B") tiene que ser completado y notariado por ambos la tercera persona y el padre/guardianes antes que el estudiante sea matriculado. Además, una prueba de residencia de la persona matriculando será exigida.
- C. En caso que el estudiante no viva con los padres o guardianes, o no tiene una orden de la corte indicando residencia, entonces la persona que lo va matricular necesita aplicar por una forma de Declaración Jurada de Residencia y Custodia (Forma "C").
- II. Historial Médicos (Vacunas): Usted necesita tener historial de vacunas para matricular. Historiales completos son: DPT-Difteria, Tos Ferina y Tétano(4 DOSIS\*), POLIO (3 DOSIS\*), SARAMPION (2 DOSIS\*\*-Preferible MMR), RUBELA\*\*, PAPERAS (1 DOSE\*\*), HEPATITIS B (3 DOSIS), VARICELA (O prueba de varicela) (\*Primer dosis tiene que ser después del cuarto cumpleaños) \*\* Dar después de primer cumpleaños)  
**Examen Fisico** tiene que ser dentro un año de fecha de matricula, tiene que ser escrito y firmado por el medico (M.D., D.O. o C.N.P.) El médico debe indicar: Este es un estudiante saludable sin limites; o anote las limites y/o medicinas, etc.  
**Exenciones: Medico:** Proporcionar una nota del medico y tiene que ser renovada *anualmente*.  
**Religioso:** Solicitud para exención religiosa será revisado legalmente y renovada anualmente.
- III. Certificado de Nacimiento original- con sello (Oficina de Datos Demográficos)



# BRICK TOWNSHIP PUBLIC SCHOOLS

## Formulario de Inscripción de Estudiante

<b>Información del Estudiante: Con letra de imprenta llene toda la información de cada matriculación.</b>					
Nombre del Estudiante (Primero, Segundo, Apellido):					
Fecha de Nacimiento:		Sexo:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Grado:	
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano Natal/Otro Isleño Pacifico					
Idioma Hablado en Casa:					

<b>Información de Dirección Residencial del Estudiante:</b>			
Dirección:		# Apartamento	
Ciudad y Código Postal:			
		Residencia de Tercera Persona?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

<b>El Estudiante vive con:</b>	<input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Mama * <input type="checkbox"/> Papa * <input type="checkbox"/> Guardianes* * Tienes custodia legal del estudiante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si tienes, <input type="checkbox"/> Custodia Única <input type="checkbox"/> Custodia Junta <input type="checkbox"/> <u>Soltada Limitado</u> – Si hay algunos problemas relacionados con custodia y soltando su hijo/a, por favor sepa que el colegio exige una copia de documentos legales para nuestros archivos.
--------------------------------	---

Padre/Guardián #1:		<input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Guardián
Teléfono de Casa:		Celular: <input type="checkbox"/> Teléfono de Negocio: <input type="checkbox"/>
Situación de Matrimonio:		Ocupación:

Padre/Guardián #2:		<input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Guardián
Teléfono de Casa:		Celular: <input type="checkbox"/> Teléfono de Negocio: <input type="checkbox"/>
Situación de Matrimonio:		Ocupación:

<b>Matricula Central-Para uso de Oficina!</b>										
Escuela de Asistir:	<input type="checkbox"/> BCPLC	<input type="checkbox"/> DP	<input type="checkbox"/> EHY	<input type="checkbox"/> HERB	<input type="checkbox"/> LM	<input type="checkbox"/> MID	Sesión:	<input type="checkbox"/> KA	<input type="checkbox"/> KP	<input type="checkbox"/> KAD
	<input type="checkbox"/> OSB	<input type="checkbox"/> VMES	<input type="checkbox"/> LRMS	<input type="checkbox"/> VMMS	<input type="checkbox"/> BTHS	<input type="checkbox"/> BMHS				
	<input type="checkbox"/> EEC							Año de Graduación:		
<input type="checkbox"/> Affidavit de Tutoría Ajuntado					Carta de solicitud / Aprobación Adjunto		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Grado Actual:					Fecha de Comienzo:					
ID# de Estudiante		SID#					Código de Familia:			
Fecha de Matriculación:			Registrador:							

**Información de Emergencia:**

Nombre:		Teléfono:		Relación al Estudiante:	
Nombre:		Teléfono:		Relación al Estudiante:	

Por favor complete si usted desea notificación de ambos documentos: Informe de Progreso y Informe de Calificaciones Escolares				(Usado para custodia junta nada mas!)	
Nombre:		Relación al Estudiante:			
Dirección:			Teléfono:		

**Información de Hermanos: Por favor haga lista de todos los hijos de mayor a menor. Si más espacio es necesario, use atrás de esta página.**

Nombre:		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento:	
Los hermanos atienden escuelas en Brick?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cual escuela?	

Nombre:		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento:	
Los hermanos atienden escuelas en Brick?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cual escuela?	

Nombre:		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento:	
Los hermanos atienden escuelas en Brick?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cual escuela?	

Nombre:		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento:	
Los hermanos atienden escuelas en Brick?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cual escuela?	

**Información Curricular del Distrito:**

El estudiante fue matriculado anteriormente en las escuelas de Brick?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es el caso, cual escuela?	
---	---	------------------------------	--

Ultima escuela asistió:	
-------------------------	--

Mi hijo/a recibió ayuda en lo siguiente en la escuela anterior:

<input type="checkbox"/> Estudiante fue visto por el CST	<input type="checkbox"/> Terapia del Habla	<input type="checkbox"/> Habilidades Básicas	<input type="checkbox"/> 504 Plan
<input type="checkbox"/> Estudiante referido al CST		<input type="checkbox"/> Matemática <input type="checkbox"/> Lectura	
<input type="checkbox"/> Estudiante clasificado por el CST	<input type="checkbox"/> Acelerado	<input type="checkbox"/> Almuerzo Gratis o Precio Reducido	<input type="checkbox"/> Estudiante Repitió Grado
<input type="checkbox"/> ELL/Educación Bilingüe			

Firma de Padres/Guardianes:		Fecha:	
-----------------------------	--	--------	--



# BRICK TOWNSHIP PUBLIC SCHOOLS

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

Yo \_\_\_\_\_, padre/guardián legal del estudiante mencionado abajo, doy mi consentimiento de antemano, para cualquier tratamiento de emergencia y/o en un hospital suministrado al estudiante en el centro Medico del condado de Ocean, en caso de que se presente una situación durante las horas escolares o durante cualquier actividad de la escuela que requiera tratamiento de emergencia o cuidado suministrando al estudiante mencionado.

Este consentimiento es dado a petición de la Junta de Educación de la ciudad de Brick y el Centro Medico del mismo para que sea guardado en la escuela que asistirá el estudiante. Este consentimiento extiende al hospital y sus médicos afiliados, enfermeras, empleados y administradores.

Entiendo que este consentimiento estará guardado en la escuela del estudiante para que sea disponible inmediatamente para llevar al Centro Medico del condado de Ocean, en el caso de que el estudiante necesite tratamiento de emergencia.

También entiendo que en caso que el hospital tenga que dar tratamiento de emergencia al estudiante, el hospital se comunicara inmediatamente conmigo al número de teléfono siguiente para poder informarme de la situación de emergencia y el tratamiento aplicado al estudiante.

Entiendo que todos los gastos incurridos como resultado del tratamiento en el hospital serán mi responsabilidad y no del Distrito Escolar Publico de la ciudad de Brick.

**Información de Estudiante** \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Edad)

\_\_\_\_\_ (Dirección –Pueblo – Estado – Código Postal) \_\_\_\_\_ (Fecha de Nacimiento)

### *ALERGIAS que el hospital o personaje de emergencia necesitaría saber*

**Información de la Persona Firmando el Consentimiento:** \_\_\_\_\_ (Nombre)

\_\_\_\_\_ (Relación al Estudiante) \_\_\_\_\_ (Dirección –Pueblo – Estado – Código Postal) \_\_\_\_\_ (Teléfono)

\_\_\_\_\_ (Firma de Persona dando Consentimiento – Padre/ Guardián Legal) \_\_\_\_\_ (Fecha)

Copias: Enfermera de Escuela – Oficina Atlética

## OFICINA DE SALUD/ Cuestionario del nuevo participante

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Ciudad de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**Por favor revise las preguntas siguientes y explique cualquier pregunta que ponga "Si"**

### MEDICACIONES:

Su hijo/a toma medicaciones diariamente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si indico si, por favor anote las medicaciones \_\_\_\_\_

Su hijo/a requiere medicaciones en la escuela? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

---

### ALERGIAS: Es su hijo/a alérgico a cual quiera de lo siguiente:

Medicaciones: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si indico si, por favor anote: \_\_\_\_\_

Alergias de Temporada: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si indico si, por favor explique: \_\_\_\_\_

Picada de Abeja/: Mordeduras de Insectos: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si indico si, anote medicaciones para reacción alérgica: \_\_\_\_\_

Alergia de Comida: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si indico si, cuales comidas? \_\_\_\_\_

Tipo de reacción? \_\_\_\_\_

Tipo de medicación para reacción? \_\_\_\_\_

Asma: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si indico si, frecuencia de ataques? \_\_\_\_\_

Que provoca el asma? \_\_\_\_\_

Medicaciones diarias para el asma? \_\_\_\_\_

Índice Máximo de Espiración Normal \_\_\_\_\_

---

### ENFERMEDAD CARDIACA/SOPLO DE CORAZON: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si indico si, hay limites de actividad? \_\_\_\_\_

**Fíjese Por Favor: Una nota del medico es requerido diciendo que NO hay limite de actividad para participar en gimnasia, deportes o recreo.**

---

ENFERMEDAD DE RIÑON Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si indico si, por favor anote: \_\_\_\_\_

---

DIABETES: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si indico si, discutamos y formulamos un plan para el año escolar.

---

---

CONVULSIONES: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Medicaciones/Limites: \_\_\_\_\_

Fecha de ultima convulsión: \_\_\_\_\_ Tipo de convulsión: \_\_\_\_\_

Si hay enfermedad de convulsiones, discutamos y formulamos un plan para el año escolar.

---

ENFERMEDAD DE LYME : Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si indico si, fecha de diagnostico: \_\_\_\_\_ Actuales medicaciones/limites? \_\_\_\_\_

---

GAFAS: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si indico si, cuando deben ser usados? \_\_\_\_\_

---

DIFICULTADES DE OIR: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si indico si, por favor explique: \_\_\_\_\_

---

FRECUENTE INFECCIONES DE OIDO: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si indico si, aproximadamente cuantas infecciones y a que edad (s)? \_\_\_\_\_

---

FRECUENTE INFECCIONES DE GARGANTA (Strep): Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

---

Historia de cual quiera de lo siguiente?

GOLPES DE CABEZA: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

HUEZOS ROTOS: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

HOSPITALIZACIONES: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

SIRUGIAS: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si indico si, a cual quiera de lo anterior, por favor de fechas y explique: \_\_\_\_\_

---

Por favor anote otras incapacidades, limites o preocupaciones de salud: \_\_\_\_\_

Escuela asistida anterior: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma de Padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**NJ Cuidado Familiar**- facilita gratis o bajo costo seguro de salud para aquellos niños sin seguro y algunos padres de bajo ingresos. Para mas información llame 800-701-0710 o vaya a [www.njfamilycare.org](http://www.njfamilycare.org) para aplicar en línea. Escuelas de Brick pueden dar mi nombre y dirección al Programa NJ Cuidado Familiar para avisarme de seguro de salud.

---

*Firma*

---

*Impreso Nombre*

---

*Fecha*

# BRICK TOWNSHIP PUBLIC SCHOOLS

## LA INFORMACIÓN SOLICITADA ABAJO ES REQUERIDA POR EL ESTADO DE NJ SMART INICIATIVA

Asterisco (\*) indica que tiene que ser completado

Apellido (*)	Primer Nombre (*)	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento (año/mes/día) (*)	Sexo(*) (Varón/Mujer)	Actual Ciudad de Residencia (*)
Ciudad de Nacimiento (*)	Estado de Nacimiento (*)	País de Nacimiento (*)
Fecha (año/mes/día) el Estudiante entro Al Distrito de Escuelas de Brick (*)	Anticipado Año de Graduación de las Escuelas de Brick	

**GRUPO ETNICO (\*)** La categoría del grupo étnico que mas refleja el reconocimiento del individuo dentro su comunidad o con quien el individuo mas se identifica. **(Tiene que marcar Si o No)**

**Hispano o Latino** – Una persona de cultura Cubana, Mejicano, Puertorriqueño, Centro o Sur Americano o otras culturas de origen Hispano a pesar de raza. (Note: Si identificación positiva de Hispano o Latino no es posible, “NO” debía ser marcado)

Si (a Hispano o Latino)                       No (a Hispano o Latino)

**RAZA (\*)** La categoría de raza que mas claramente refleja el reconocimiento del individuo dentro su comunidad o con quien el individuo mas identifica. Mas de una categoría de raza puede ser reportada por un individuo. **(Tiene que marcar Si o No)**

**Raza Indio**                       Si (Indio Americano o de Alaska)                       No (Indio Americano o de Alaska)

**Raza Asiático**                       Si (Asiático)                       No (Asiático)

**Raza Negro**                       Si (Negro o Afro-Americano)                       No (Negro o Afro-Americano)

**Raza del Pacifico**                       Si (Hawaiano o Islas del Pacifico)                       No (Hawaiano o Islas del Pacifico)

**Raza Blanca**                       Si (Blanco)                       No (Blanco)

Ambos “Etnicidad” y “Raza” tienen que ser marcadas. Algunos ejemplos incluyen los siguientes:  
**Solamente Hispano** (marque Etnicida=S – Todas Razas=N) \* **Hispano, Blanco** (marque etnicidad=S – Raza Blanca=S Todas las otras Razas=N) \* **No-Hispano Blanco** (marque etnicidad=N –Raza Blanca=S – Todas las otras Razas=N) \* **No-Hispano Negro or Afro Americano** (marque etnicidad=N – Raza Negro=Y – Todas las otras Razas=N) \* **No-Hispano, Asiático & Negro o Afro Americano** (marque etnicidad=N – Raza Negra=S – Asiático=S - Todas las otras Razas=N) \*Solamente **Asiático** (marque etnicidad=N - Asiático=S – Todas las otras Razas=N) etc.

**SALUD**

Actual Posición de Seguro de Salud de su hijo/a    Cobertura (Si) \_\_\_\_\_ Cobertura (No) \_\_\_\_\_

Si “SI” Nombre de Compañía de Seguro de Salud \_\_\_\_\_

Fecha del último examen medico de su hijo/a \_\_\_\_\_

Fecha del ultimo examen de sangre incluyendo PLOMO \_\_\_\_\_ Nivel de Plomo \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Guardián Legal	Firma de Padre/Guardián Legal	Fecha
--------------------------------	-------------------------------	-------