

Pine Hill School District

1003 Turnerville Rd. Pine Hill, NJ 08021

Kenneth K. Koczur, Ed.D.
Superintendent

Office 856-783-6900

¿INSCRIPCIÓN residencia lista

para ser completada por el empleado de inscripción de Distrito

según ley del estado de Nueva Jersey (N.J.S.A. 18A:38-1 y 18A: 7B-12), es necesario determinar la residencia de estudiantes del distrito escolar por responder la pregunta siguiente: el estudiante reside en cualquiera de las siguientes instalaciones? (Favor verificar en su caso).

___ Una casa de los padres posee o alquila (procedimientos de registro sin hogar restantes de Skip. Pages2-4)

___ casa de amigo por elección o familia * (* abuelo, tía, tío, hermano, hermana, primo, etc..)

___ casa de amigo por necesidad o familia * (* abuelo, tía, tío, hermano, hermana, primo, etc..)

___ casa en motel

___ de las madres adolescentes de edad escolar

___ vivienda unifamiliar migrantes albergan

___ transición vivienda instalaciones ___

___ otros (identificar): ___

Estudiante de nombre _____ Fache _____

Padres personal _____ Fache _____

Remitir esta lista completa y el formulario de declaración de residencia enlace sin hogar los pinos colina del distrito escolar dentro de dos días.

Pine Hill School District

1003 Turnerville Rd. Pine Hill, NJ 08021

Kenneth K. Koczur, Ed.D.
Superintendent

Office 856-783-6900

FORMULARIO de declaración de residencia *Para ser completado en el momento de la inscripción por padre o tutor*

Es informar a la colina de pino Junta de educación que mi hijo

y _____ (padres) estamos residiendo temporalmente en la siguiente dirección: vivimos con

teléfono # _____ (nombre y parentesco)

Mi última dirección que alquilé, propiedad o arrendado era

El distrito escolar de que mis hijos asistieron mientras viva en esa dirección fue

Mis hijos asistieron a _____ School.

Las causas de la m _____

Fecha:

Pine Hill School District

1003 Turnerville Rd. Pine Hill, NJ 08021

Kenneth K. Koczur, Ed.D.
Superintendent

Office 856-783-6900

Declaración jurada de padres para ser completado por el padre o tutor

Yo, _____, mayores de edad, siendo bajo juramento sobre mi juramento, quita y dice:

Yo estoy domiciliada en la siguiente dirección:

afirmo que mi hijo (s) _____
es/residan temporalmente en la residencia de familiares o amigos aquí el nombre:

porque mi familia no tiene una residencia habitual o permanente de nuestra propia de
conformidad con N.J.A.C. 6A:17-2.3(a)(3).

Certifico que no soy capaz de apoyar o atender a mis hijos por familia o por dificultades
económicas y mis hijos son no reside con familiares o amigos únicamente a recibir una educación
libre o mejor por N.J.A.C. 6A:22-3.2.

Entiendo que la elegibilidad de mi niño (ren) puede ser objeto de nueva evaluación, y clases
pueden ser tan...

Pine Hill School District

1003 Turnerville Rd. Pine Hill, NJ 08021

Kenneth K Koczur, Ed.D.
Superintendent

Office 856-783-6900
Fax 856-783-2955

Declaración jurada residente
a ser completado por el dueño de la casa

Yo, _____, mayores de edad, siendo bajo juramento sobre mi juramento, quita y dice:

Yo estoy domiciliada en la siguiente dirección dentro de Pine Hill:

afirmo que la escuela de años menores:

_____ son residentes en mi residencia temporalmente por necesidad porque la familia del niño (ren) carece de una residencia habitual o permanente de su propia de conformidad con N.J.A.C. 6A:17-2.3(a)(3).

Esta declaración jurada se hace con el fin de satisfacer los requerimientos de N.J.S.A. 18A:38-1 y N.J.A.C. 6A:17-2.

Esta declaración se hace bajo juramento. Soy consciente de que si cualquiera de las anteriores declaraciones formuladas en la declaración jurada son deliberadamente falsa, puedo ser sujeto a castigo.

_____ Firma de propietario

jurado y suscrito ante mí este _____

Pine Hill School District

1003 Turnerville Rd. Pine Hill, NJ 08021

Kenneth K Koczur, Ed.D.
Superintendent

Office 856-783-6900
Fax 856-783-2955

Registration Form

Date _____

SID# _____

COMO NOMBRE COMPLETO APARECE EN DOCUMENTOS LEGALES

STUDENT		
LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME

STUDENTS PERSONAL INFORMATION

Date of birth (mm/dd/yyyy)	Grade Level at Registration	Gender <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female
Birthplace: City	State	Country
Former Pine Hill Student yes/no	Country of Birth	Date first enrolled in ANY U.S. School (mm/dd/yyyy)

INFORMACIÓN DE ETNICIDAD Y RAZA

Ethnicity (check only one): <input type="radio"/> Hispanic or Latino <input type="radio"/> Not Hispanic or Latino	Race: (check one or more) <input type="radio"/> American Indian <input type="radio"/> Asian <input type="radio"/> Black or African American <input type="radio"/> Native Hawaiian or other <input type="radio"/> White
---	---

OTROS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

Child's Name	School Name/Location	Grade	DOB

PREVIOUS SCHOOL ATTENDED

School Name	Date of Attendance
School Address	Grade Level(s) Attended
School Phone Number	Public School Private School Other _____
School Name	Date of Attendance
School Address	Grade Level (s) Attended
School Phone Number	Public School Private School Other _____

Preschool Attendance

Yes / No	Name and Location	Attendance Dates

PADRE LEGAL / GARDIAN NOMBRE-PRIMARIA

		Circle:
First Name	Last Name	Mr./Mrs/Ms./Dr.
Relationship to Child: <input type="radio"/> Mother <input type="radio"/> Father Other: _____	Divorced or Separated? Y / N *If yes, <input type="radio"/> Sole Custody <input type="radio"/> Joint Custody Please provide documentation of physical custody.	

INFORMACIÓN DE CONTACTO TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO

Phone	Type (choose one)	Phone Number (Ext)	Automated Contact System
Primary	<input type="radio"/> Cell <input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Work <input type="radio"/> Other		

Phone 2	<input type="radio"/> Cell <input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Work <input type="radio"/> Other		
---------	---	--	--

Email Address: _____

PHYSICAL ADDRESS

Street #	Street Name	Apt # (if applicable)
City/Town	State	Zip Code

PADRE LEGAL / GARDIAN NOMBRE-SECUNDARIA

		Circle:
First Name	Last Name	Mr./Mrs/Ms./Dr.
Relationship to Child: <input type="radio"/> Mother <input type="radio"/> Father Other: _____	Divorced or Separated? Y / N *If yes, <input type="radio"/> Sole Custody <input type="radio"/> Joint Custody Please provide documentation of physical custody.	

INFORMACIÓN DE CONTACTO TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO

Phone	Type (choose one)	Phone Number (Ext)	Automated Contact System
Primary	<input type="radio"/> Cell <input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Work <input type="radio"/> Other		
Phone 2	<input type="radio"/> Cell <input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Work <input type="radio"/> Other		

Email Address: _____

PHYSICAL ADDRESS

Street #	Street Name	Apt # (if applicable)
----------	-------------	-----------------------

City/Town	State	Zip Code

EMERGENCY CONTACT –PRIMARY

				Circle:
	First Name	Last Name		Mr./Mrs/Ms./Dr.
Relationship to Child:		Is this person authorized to pick-up/transport your child in case of emergency Y/N		
Phone	Type (choose one)	Phone Number	Ext	
Primary	<input type="radio"/> Cell <input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Work <input type="radio"/> Other			
Phone 2	<input type="radio"/> Cell <input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Work <input type="radio"/> Other			

EMERGENCY CONTACT –SECONDARY

				Circle:
	First Name	Last Name		Mr./Mrs/Ms./Dr.
Relationship to Child:		Is this person authorized to pick-up/transport your child in case of emergency Y/N		
Phone	Type (choose one)	Phone Number	Ext	
Primary	<input type="radio"/> Cell <input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Work <input type="radio"/> Other			
Phone 2	<input type="radio"/> Cell <input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Work <input type="radio"/> Other			

Parent Signature

Date

For Office Use Only	
Home School _____	Out of Assigned District Program placement (ELL,Spec.Ed) _____
School Enrolled, If different _____	Tuition Student _____
Missing Documents _____ _____	Date of Packet Complete _____

Pine Hill School District

1003 Turnerville Rd. Pine Hill, NJ 08021

Kenneth K Koczur, Ed.D.
Superintendent

Office 856-783-6900
Fax 856-783-2955

Solicitud de registros

De nombre de los estudiantes: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado _____

Por favor, envíe todos los expedientes académicos, incluyendo resultados de la prueba, niveles de lectura y matemáticas, boletas, cualquier niño estudio equipo evaluación registros, archivos de voz, registro de asistencia, copia de clasificación escala, registros de disciplina, tarjeta de transferencia, retirar papeles, incluyendo grados de salida y otros elementos de carpeta acumulativo, incluyendo expedientes médicos. FAVOR DE ENVIAR ORIGINALES.

FORWARD TO:

_____ Dr. Albert Bean School
70 East Third Avenue
Pine Hill, NJ 08021

_____ John H. Glenn
1005 Turnerville Rd
Pine Hill, NJ 08021

_____ Pine Hill Middle School
1100 Turnerville Rd.
Pine Hill, NJ 08021

_____ Overbrook High School
1200 Turnerville Rd.
Pine Hill, NJ 08021

_____ Special Services/ Child Study Team
1200 Turnerville Rd.
Pine Hill, NJ 08021
(856)767-8000 ext 3020

Consentimiento de los padres: me han matriculado a mi hijo en la escuela anterior y autorizo a soltar las cuerdas tal como se indica a la escuela marcada por encima. También autorizo a la escuela pública pino colina para obtener o liberar registros a programas de distrito si es el programa que mi hijo requiere.

Authorized Signature

Date

Pine Hill School District

1003 Turnerville Rd. Pine Hill, NJ 08021

Kenneth K Koczur, Ed.D.
Superintendent

Office 856-783-6900
Fax 856-783-2955

Medical History Form

Historia prenatal:

Era bebé de término completo? SI___ No___

¿hubo alguna preocupación sobre el embarazo? ¿SI___ No ___

Si sí, motivo de preocupación — madre tome medicamentos durante el embarazo? Yes___No___ si sí, por favor una lista de medicamentos ___

Peso nacimiento historia

postnatal del niño _____ que el bebé presenta alguno de los siguientes:

	Yes	No
oxígeno masculino		
sustantivo respiración		
Difficulty Swallowing		
sustantivo ictericia		

La licencia de la bebé al hospital cuando mamá estaba descargado

Si___ No___ Si no, por favor explique _____

Historia médica familiar

que tiene alguien en la familia tenido:

	Si	No	Explain
Diabetes	_____	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____	_____
Heart Disease	_____	_____	_____
High Blood Pressure	_____	_____	_____
Stroke	_____	_____	_____
Kidney Disease	_____	_____	_____
Cancer	_____	_____	_____
Mental Illness	_____	_____	_____
Asthma	_____	_____	_____
Genetic Diseases	_____	_____	_____

Has Child Had:

Allergies	_____	_____	_____
Chronic Illness	_____	_____	_____
Asthma/Wheezing	_____	_____	_____
Chickenpox	_____	_____	_____
Pneumonia/bronchitis	_____	_____	_____
Frequent sore throat	_____	_____	_____
Frequent ear infections	_____	_____	_____
Frequent vomiting/diarrhea	_____	_____	_____
Convulsions/seizures	_____	_____	_____
Eczema/hives	_____	_____	_____
Reaction to insect bites	_____	_____	_____
Bleeding problems	_____	_____	_____
Thumb/Finger sucking	_____	_____	_____
Nightmares/Sleep disturbance	_____	_____	_____
Temper Tantrums	_____	_____	_____
Bed wetting/toilet problems	_____	_____	_____
Problems with vision	_____	_____	_____
Problems with hearing	_____	_____	_____
Problems with speech	_____	_____	_____
Any SEVERE injury	_____	_____	_____
Any operations	_____	_____	_____
Any long-time chronic illness	_____	_____	_____
Any special medication	_____	_____	_____
Any physical restrictions	_____	_____	_____
Physical abnormality/disability	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____
Heart trouble	_____	_____	_____

Nutrición:

Aumento de peso inusual o pérdida, explica _____
alergia alimentaria _____
tratamiento de alergia de alimentos _____

Resumen :

¿qué con respecto a su salud o comportamiento que te gustaría comentar? _____

¿Podemos compartir esta información con la maestra? Sí ____ No ____

Parent signature

Date

Pine Hill School District

1003 Turnerville Rd. Pine Hill, NJ 08021

Kenneth K Koczur, Ed.D.
Superintendent

Office 856-783-6900
Fax 856-783-2955

Discurso y lengua historia Resumen

Dr. Albert Bean School
Paulette Taylor
Speech/Language Specialist

John H. Glenn School
Ruth Blake
Speech/Language Specialist

Nombre _____ Telephone # _____

Address _____

Date of Birth _____ Age _____

Parents/Guardians _____

Brothers/Sisters (Names and Ages) _____

Discurso y la historia de la lengua

Si	No	
___	___	¿Hay familiares que tienen discurso, lengua o problemas de audición? If yes, please explain _____
___	___	¿Su hijo balbucea como un niño?
___	___	¿Su niño entiende instrucciones y llevar a cabo adecuadamente?
___	___	¿Su hijo tiene alguna dificultad para expresarse?
___	___	¿Su hijo tiene problemas para pronunciar las palabras? If yes, please explain _____
___	___	¿Su niño ha tenido infecciones de oído o se muestra auditiva de dificultad?
___	___	¿Ha tenido su hijo dos o más problemas respiratorios superiores al año?
___	___	¿Su hijo tiene alergias? Medicación tomada _____
___	___	¿Su hijo tiene problemas visuales? ¿Gafas?
___	___	¿Su niño visita al dentista regularmente? ¿Cualquier problema dental? Cuando habló su hijo su primera palabra? _____
		Cuándo empezó su hijo peinado dos o más palabras como una frase? _____