



DISTRITO ESCOLAR DE JACKSON

REGISTRO DE KINDER PARA EL AÑO ESCOLAR 2019-2020

PREPARACIÓN	FORMULARIOS NECESARIOS PARA REGISTRO ESTARÁN DISPONIBLES <u>EN EL SITIO WEB DEL DISTRITO</u> EN TODAS LAS ESCUELAS ELEMENTALES DURANTE EL HORARIO REGULAR ESCOLAR AL PARTIR DEL 19 DE FEBRERO, 2019.															
REQUISITOS DE EDAD	Los niños deben tener cinco años de edad en o antes del primero de octubre de 2018. Sólo un certificado de nacimiento original con un sello en relieve se acepta como prueba de edad. No se aceptarán certificados de bautismo o de hospital.															
IDENTIFICACIÓN DE PADRE/TUTOR	Licencia de conducir válida de padre/Tutor.															
PRUEBA DE RESIDENCIA	Cuatro pruebas de residencia se requieren, cada uno indicando el nombre de los padres y dirección residencial. Una prueba de residencia DEBE consistir de <u>uno (1)</u> de los siguientes: (a) Escritura Original; (b) Copia de la Hipoteca; (c) arrendamiento de propiedad original / contrato de alquiler; o (d) declaración jurada firmada y certificadas del dueño certificando la prueba de residencia. <u>Tres(3)</u> documentos restantes pueden incluir: Tarjeta de registro de votantes, tarjeta de crédito o facturas de utilidades públicas (actuales), o cualquier otro tipo de documentación que acredite residencia física de los padres en Jackson.															
EXÁMENES DE MÉDICOS Y DENTALES/ VACUNAS ACTUALES	Requeridas Actuales Las formas de examen médico y examen dental deben ser firmado / estampado por doctor o dentista. Registros de inmunización deben presentar pruebas de las siguientes vacunas (fechas exactas requeridas por la ley - mes / día / año): DTaP (Difteria, Tétanos, Tos Ferina Inactivada) Tdap (Tétano, Difteria, Tos Ferina Inactivada) (Edad 1-6 años): 4 dosis con 1 dosis dada en o después del cumpleaños de 4 años, o cualquier 5 dosis. IPV(Vacuna de Polio Inactivada) Serie de 3 dosis. 1 dosis dada después de 4 años de edad (o cualquier 4 dosis). Hepatitis B (3 dosis de la serie) HIB (Influenza Haemophilus--1-3 dosis) Mantoux - (Ver requisitos actuales del estado de NJ) # 1 MMR (entre 12 y 15 meses de edad) MMR Dosis de Refuerzo (Debe darse al menos 1 mes después de la primera dosis y antes de entrar al kinder) Vacuna contra la Varicela (Dada después de un año de edad y antes de entrar a la escuela)															
DOCUMENTOS LEGALES / SI CORRESPONDE	Presentar acuerdo y/o órdenes de la corte (si corresponde) en relación con los derechos de los padres / limitaciones debido al divorcio o separación.															
FECHAS DE REGISTRO DE KINDER ACTUALES EN SU ESCUELA DESIGNADA	Reportar en la fecha correspondiente a la primera letra de su apellido entre las 9:30 am y las 11:30 am <table border="0"> <tr> <td>lunes</td> <td>18 de marzo, 2019</td> <td>Los apellidos que comienzan con A - C</td> </tr> <tr> <td>martes</td> <td>19 de marzo, 2019</td> <td>Los apellidos que comienzan con D - H</td> </tr> <tr> <td>miércoles</td> <td>20 de marzo, 2019</td> <td>Los apellidos que comienzan con I - M</td> </tr> <tr> <td>jueves</td> <td>21 de marzo, 2019</td> <td>Los apellidos que comienzan con N - R</td> </tr> <tr> <td>viernes</td> <td>22 de marzo, 2019</td> <td>Los apellidos que comienzan con S - Z</td> </tr> </table>	lunes	18 de marzo, 2019	Los apellidos que comienzan con A - C	martes	19 de marzo, 2019	Los apellidos que comienzan con D - H	miércoles	20 de marzo, 2019	Los apellidos que comienzan con I - M	jueves	21 de marzo, 2019	Los apellidos que comienzan con N - R	viernes	22 de marzo, 2019	Los apellidos que comienzan con S - Z
lunes	18 de marzo, 2019	Los apellidos que comienzan con A - C														
martes	19 de marzo, 2019	Los apellidos que comienzan con D - H														
miércoles	20 de marzo, 2019	Los apellidos que comienzan con I - M														
jueves	21 de marzo, 2019	Los apellidos que comienzan con N - R														
viernes	22 de marzo, 2019	Los apellidos que comienzan con S - Z														
PREGUNTAS	Si tienen alguna pregunta, por favor, póngase en contacto con su escuela primaria, Departamento de Transportación, o la Oficina de Registro. Escuela Crawford-Rodriguez732-833-4690 Escuela Elms. 732-833-4680 Escuela Holman 732-833-4620 Escuela Johnson. 732-833-4640 Escuela Rosenauer 732-833-4630 Escuela Switlik 732-833-4650. Oficina de Registros 732-833-4661 Si no está seguro de su asistencia a la escuela, por favor llame al Departamento de Transportación al 732-833-4614 o al Registrador al 732-833-4661.															

DISTRITO ESCOLAR DE JACKSON

LISTA DE REGISTRO DE KINDER PARA EL AÑO ESCOLAR 2019-2020

LUGAR DE REGISTRO: Escuela Primaria Crawford-Rodriguez - 1025 Larsen Road
Escuela Primaria Elms - 780 Patterson Road
Escuela Primaria Holman - 125 Manhattan Street
Escuela Primaria Johnson - 1021 Larsen camino
Escuela Primaria Rosenauer - 60 Citadel Drive
Escuela Primaria Switlik - 75 West Veterans Hwy.

HORA: 9:30 am a 11:30 am

FECHAS: La inscripción se realizará en los siguientes días, de acuerdo con la primera letra de su apellido:

lunes	18 de marzo, 2018	A - C
martes	19 de marzo, 2018	D - H
miércoles	20 de marzo, 2018	I - M
jueves	21 de marzo, 2018	N - R
viernes	22 de marzo, 2018	S - Z

FORMAS NECESARIAS PARA EL REGISTRO DE KINDER:

1. *FORMA DE REGISTRO DE KINDER*
(Para ser completado por los padres)
2. *HISTORIA DEL DESARROLLO PREESCOLAR Y LA HISTORIA DE SALUD*
(Para ser completado por el padre)
3. *ACCESO DE KINDER EXAMEN FÍSICO*
(Para ser completado por el médico)
4. *EXAMEN DENTAL PREESCOLAR*
(Para ser completado por el dentista)
5. *DECLARACIÓN JURADA DE REGISTRO*
(Debe ser certificado y acompañado de "formas aceptables" de prueba de residencia)

IMPORTANTE:

Para asegurar la colocación Kinder apropiado, el niño debe acompañar al padre. Es necesario inscribir a su hijo en la fecha indicada.

Certificado de nacimiento original y registro de inmunización deben acompañar los formularios completados.

El niño debe ser de cinco (5) años de edad antes del 1 de octubre de 2019.

Si no puede tener la declaración jurada de registro notariada antes de la fecha de registro, tenemos notarios en muchas de nuestras escuelas y puede ayudar a hacer arreglos para que sea notariada.

PRUEBA ACEPTABLE DE RESIDENCIA

Una prueba de residencia **debe** constar de una de las siguientes: (a) Escritura original; (b) Copia de la hipoteca; (c) Acuerdo / alquiler original de arrendamiento; o (d) Firmado y declaración jurada del propietario de inquilino acredite prueba de residencia,

y

una prueba adicional aceptable de residencia incluye la presentación de **tres** de los siguientes en el momento en que un estudiante está matriculado:

- Los registros de votantes, licencias, permisos, información de la cuenta financiera, facturas de servicios públicos, recibos de entrega, y otras pruebas de adhesión personal a un lugar determinado.

- Las órdenes judiciales, acuerdos de agencias estatales y otras pruebas de corte o una agencia colocaciones o directivas. Recibos, facturas, cheques cancelados y otras pruebas de los gastos que demuestran accesorio personal a una ubicación particular, o, en su caso, para apoyar al estudiante.

- Los informes médicos, abogados o trabajadores sociales o evaluaciones, documentos de trabajo, declaraciones de beneficios, y otra evidencia de las circunstancias que acrediten, en su caso, la familia o las dificultades económicas, o la residencia temporal.

- Declaraciones Juradas, certificaciones y testimonios jurados pertenecientes a los criterios legales para la asistencia a la escuela, de los padres, tutor legal, persona que guarde un “estudiante declaración jurada,” estudiante adulto, persona (s) con la que una familia está viviendo, u otros, según sea apropiado.

- Los documentos relativos a la condición de militar y asignación.

- Cualquier registro de negocios o documento emitido por una entidad gubernamental.

- Cualquier otra forma de documentación relevante para demostrar el derecho a asistir a la escuela.

NOTA: Lo anterior, lo que incluye a los padres o el nombre y la dirección física del tutor legal (no un apartado postal) en Jackson, se deben mostrar en el momento de la inscripción junto con UNA DECLARACIÓN JURADA DE REGISTRO, QUE DEBE SER NOTARIADO.



JACKSON TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT KINDERGARTEN REGISTRATION FORM

Central Registration Office Use Only!

School to Attend:	<input type="checkbox"/> CRS	<input type="checkbox"/> EES	<input type="checkbox"/> H CJ	<input type="checkbox"/> LHS	<input type="checkbox"/> SRS	<input type="checkbox"/> SES	Homeschool (if different):
Classification:	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> 504 Plan			<input type="checkbox"/> ESL (permission to be screened/participate attached)		
<input type="checkbox"/> Affidavit of Guardianship attached				Letter of Request/Approval Attached:		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Present Grade:	Year of Graduation:	Enrollment Date:			Bus #		
Student ID#	SID#			Family Code:			
Registration Date:	Registrar:		PCC Code:				

Student Information: Please print/fill in all information for each student registering.

Student Name (First, Middle, Last):				
Date of Birth:	Gender:	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Grade Placement:	
Birthplace (hospital location):	City:	County:	State:	Country:
U.S. Entry Date (if not born in the U.S.):	First Entry Date in U.S. school (if not born in the U.S.):			
Ethnicity: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Hawaiian Native/Other Pacific Islander				
Language Spoken at Home:				

Student Residential Address Information:

Home Address:	Apartment/Unit #
City/Zip Code:	Third Party Residence? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
How long have you lived in this home?	Do you have residence(s) elsewhere, and if so, where are they and when do you live there: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
STUDENT IS PRESENTLY LIVING () DOUBLED UP () IN A SHELTER () A MOTEL/HOTEL () UNSHELTERED	
Student Resides With/Head of Household:	<input type="checkbox"/> Both Parents <input type="checkbox"/> Mother * <input type="checkbox"/> Father * <input type="checkbox"/> Guardian* * Do you have legal custody of the above-named child? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, <input type="checkbox"/> Sole Custody <input type="checkbox"/> Joint Custody <input type="checkbox"/> <u>Restricted Release</u> - If there are any problems relating to custody and releasing your child, please be aware that the school must have a copy of the legal documents in our files.
Parent/Guardian #1:	<input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Step-Mother <input type="checkbox"/> Step-Father <input type="checkbox"/> Guardian
Home Phone:	Cell Phone:
Business Phone:	
Email Address:	
Marital Status:	Occupation:
Please check one:	<input type="checkbox"/> Not Military Connected <input type="checkbox"/> Active Duty <input type="checkbox"/> National Guard or Reserve <input type="checkbox"/> Unknown -it is unknown whether or not student is military-connected.
Parent/Guardian #2:	<input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Step-Mother <input type="checkbox"/> Step-Father <input type="checkbox"/> Guardian
Parent/Guardian #1 has given this contact permission to pick student (s) up from school:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Home Phone:	Cell Phone:
Business Phone:	
Email Address:	
Marital Status:	Occupation:
Please check one:	<input type="checkbox"/> Not Military Connected <input type="checkbox"/> Active Duty <input type="checkbox"/> National Guard or Reserve <input type="checkbox"/> Unknown -it is unknown whether or not student is military-connected.

Emergency Contact Information: (Someone other than parent/guardian)

Name:	Phone:	Relationship to student:
Parent/Guardian has given this emergency contact permission to pick student (s) up from school:		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Name:	Phone:	Relationship to student:
Parent/Guardian has given this emergency contact permission to pick student (s) up from school:		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Name:	Phone:	Relationship to student:
Parent/Guardian has given this emergency contact permission to pick student (s) up from school:		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Sibling Information: Please list ALL children in the family from oldest to youngest. If additional room is needed, please list on back of page.

Name:	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth:
Does sibling attend school in Jackson?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Which school?

Name:	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth:
Does sibling attend school in Jackson?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Which school?

Name:	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth:
Does sibling attend school in Jackson?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Which school?

Previous School Information (if transferring from another public school):

Was the student previously enrolled in the Jackson Township School District? <i>Either way please complete the box below.</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If so, which school and when?
---	--	-------------------------------

Please complete lines below whether or not your child(ren) attended the Jackson Township School District

My child was receiving the following assistance in his/her previous school: (check all that apply)

<input type="checkbox"/> Student seen by the CST	<input type="checkbox"/> Speech Therapy	<input type="checkbox"/> Basic Skills	<input type="checkbox"/> 504 Plan
<input type="checkbox"/> Student referred to the CST	<input type="checkbox"/> ELL/Bilingual Education	<input type="checkbox"/> Math <input type="checkbox"/> Reading <input type="checkbox"/> Language Arts	<input type="checkbox"/> IEP
<input type="checkbox"/> Student classified by the CST	<input type="checkbox"/> Gifted & Talented	<input type="checkbox"/> Free or Reduced Lunch	<input type="checkbox"/> Student Retained If so, what grade?

Do you receive the following benefits (if so, please provide a case # below):

SNAP	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Case #:
TANF	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Case #:
FDPIR	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Case #:

Health Information:

Current Health Insurance Status of your child	Coverage (YES) <input type="checkbox"/>	Coverage (NO) <input type="checkbox"/>
If "YES" Name of Health Insurance Company		
Is your child affected by any of the following health conditions: (check all that apply)		
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Heart	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Hearing	<input type="checkbox"/> Vision	<input type="checkbox"/> ADHD
<input type="checkbox"/> ADD	Other significant health problems:	

Name of Parent/Legal Guardian (Please Print)

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

**JACKSON SCHOOL DISTRICT
PRE-SCHOOL DEVELOPMENTAL HISTORY**

(To Be Completed By Parent)

Name _____ Date of Birth _____ Sex _____

Did your child attend Nursery School? Yes ___ No ___ Number of years _____

Did your child participate in the Jackson P.R.E.P Program? Yes ___ No ___
(Preschool Readiness Encouraged by Parents)

Note: This is confidential information and will be used only when circumstances require.

A. BIRTH HISTORY

Please Check

Comments

1. Were there any birth complications? Yes No
2. What was the child's birth weight? _____

B. DEVELOPMENTAL HISTORY

1. Does your child get along well with other children his/her age? Yes No
2. Has your child attended nursery school? Yes No
3. Can your child identify colors? Yes No
4. Can your child count fingers up to five? Yes No
5. Can your child fasten or unfasten buttons? Yes No
6. Can your child bounce a ball? Yes No

7. Please check if any of these apply to your child:

- Nail Biting Cries Easily Bed Wetting Thumb Sucking
- Nightmares Temper Tantrums Jealousy Stubbornness

8. Indicate at what age your child:

Walked _____ Talked _____ Toilet Trained _____

9. Other:

Pre-School Developmental History (Continued)

C. HEALTH HISTORY

1. Illnesses and Diseases (List Dates):

German Measles _____ Measles _____ Mumps _____
Ear Problems _____ Diabetes _____ Emotional _____
Chicken Pox _____ Strep Infection _____ Asthma _____
Rheumatic Fever _____ Poliomyelitis _____ Whooping Cough _____
Convulsive Disorder _____ Diabetes _____ Lyme Disease _____
Other _____

2. Operations/Injuries (List Dates):

3. If your child has a problem, please check:

Vision Hearing Speech Physical Handicap

4. Is your child taking any medication? Yes No

If so, please list _____

5. Does your child have any allergies to food or medication? Yes No

If so, please list _____

**DECLARACIÓN DE REGISTRO PARA EL
MUNICIPIO DISTRITO ESCOLAR JACKSON**

POR FAVOR IMPRIMIR:

PARA _____

(nombre del estudiante)

ESTADO DE NUEVA JERSEY COUNTY OF OCEAN :SS

_____ debidamente juramentado conforme a la ley, alega y declara:

(nombre del padre / tutor)

1. Soy el padre o tutor legal del alumno mencionado arriba.
2. El niño arriba mencionado reside conmigo en la siguiente dirección se encuentra dentro del distrito escolar de Jackson Township:

(La dirección física, apartados de correos no son aceptables.)

3. Se adjunta a esta declaración jurada son copias de la documentación para corroborar mi declaración de residencia proporcionado en este documento.

____ 4. Para todos los contratos de arrendamiento / alquiler, el distrito escolar municipio de
(iniciales) Jackson se proporcionará un acuerdo actualizada al vencimiento.

____ 5. Soy consciente de que si más tarde se determinó que el niño que yo estoy registrando
para (iniciales) la escuela no es elegible para una educación pública gratuita en el distrito escolar de Jackson Township, **seré responsable** al distrito escolar de Jackson Township para la matrícula cargos por este niño, de conformidad con la ley.

____ 6. **YO SOY CONSCIENTE TAMBIÉN DE QUE LA TOMA DE UNA
(iniciales) DECLARACIÓN FALSA ES UN CRIMEN GRADO TERCERA EN EL ESTADO DE NUEVA JERSEY Y SE CASTIGA CON UNA MULTA HASTA \$ 7,500.00 O PENA DE PRISIÓN DE HASTA 5 AÑOS, O AMBOS.**

____ 7. Entiendo que el Oficial de Asistencia del Distrito tiene el derecho de visitar la casa para verificar la residencia.

Firmado: _____

(firma del padre / tutor)

Jurado y suscrito ante de mí este / Sworn and subscribed before me this:

día/day _____ de/of _____, 20____

(firma y título del juramento oficial de administración/signature and title of official administering oath)

Si está completando un registro típico que utiliza pruebas de dirección en su propio nombre, no es necesario para completar estos próximos dos formas “Residencias de Terceros ”.

Las siguientes dos formas para “Residencia de Terceros” se aplican sólo a aquellas personas que necesitan certificar que están viviendo en la casa de un dueño o en la casa de un miembro de la familia actuando como un “dueño”.

Por ejemplo:

- Si usted y su hijo están viviendo con sus padres y va a utilizar su contrato de arrendamiento / hipoteca como comprobante de domicilio.
- Si usted y su hijo están viviendo con un amigo y va a utilizar su contrato de alquiler / hipoteca como prueba de domicilio en Jackson.

Por favor, recuerde que usted todavía tendrá que proporcionar TRES pruebas de residencia en esta casa para completar el registro. Por ejemplo, un cambio de confirmación de la dirección del correo, banco, compañía de servicios públicos, Departamento de Vehículos Motorizados, tarjetas de crédito, documentos de seguro.

¿QUÉ SON LAS FORMAS?

- En la Parte A, está certificando que USTED está viviendo con el niño que se está registrando en esa dirección en Jackson.
- En la parte B, el DUEÑO o PROPIETARIO está certificando que usted y el niño que se está registrando están viviendo en esa dirección en Jackson.

Por favor, recuerde que estos documentos deben ser certificado por notario. Si ha hecho arreglos para utilizar el registrador del distrito para autenticar ellos, usted y el dueño / propietario deben estar presente para tener los dos certificados por notario.



JACKSON TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT

**Third Party Residency Form – PART A
Sworn Statement of Resident**

**Parental/Child Residency Notification
(Parent and Child Reside with a Jackson Resident)**

I, _____, _____, _____
Parent/Legal Guardian – (Please Print) Current Street Address City, State, Zip Code

Parent – Work Phone #

Parent – Cell Phone #

hereby verify that my child and I

Child’s Full Name – (Please Print) Date of Birth School

will be residing at the home of

_____, _____, _____
Homeowner/Resident – (Please Print) Street Address City, State, Zip Code

Homeowner – Home Phone # Homeowner – Work Phone # Homeowner – Cell Phone #

Proof of Residency Submitted (must provide one of the following):

Lease _____ Mortgage Information _____ Deed _____ Tax Bill _____

- I understand that I may be assessed the penalty of a pro-rated tuition if my child is enrolled in violation of the residency requirements.
- I understand that making a false affidavit is a third degree crime in the state of New Jersey and is punishable by a fine of up to \$7,500.00 or a term of imprisonment of up to 5 years, or both.
- I understand that the District Attendance Officer has the right to visit the home to verify residency.

Signature of Parent/Guardian

Date

Signature of Homeowner (Resident)

Date

Sworn to and subscribed before me this	
_____ day of _____, 20__	
_____	_____
A Notary Public of the State of New Jersey	Commission expiration

JACKSON TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT



**Third Party Residency Form – PART B
Sworn Statement of Landlord**

_____ and _____, being of full age and having been duly sworn according to law, under oath say(s):

1. I/We are the lawful owners of residential property located at the following address:

2. Set forth the number of bedrooms in this residence. _____

3. This residence or residential unit is currently under lease or is being occupied by the following person(s) in addition to our own family members:

4. The person(s) identified in response to #3 above has/have occupied the above premises as their sole or main residence, or domicile, since the following date:_____

5. The following person(s) is/are currently residing with the person(s) identified in response to #3 above:

6. The person(s) identified in response to #3 above has/have indicated their present intention to remain domiciled at the above premises for what period of time, if at all?_____

JACKSON TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT

**Third Party Residency Form – PART B
Sworn Statement of Landlord**

CERTIFICATION

The answers, statements, and declarations made in the foregoing Sworn Statement of Landlord are absolutely true in all respects. The foregoing Sworn Statement of Landlord, as well as this Certification, is made specifically to induce the Jackson Township Board of Education to accept financial responsibility for the child(ren) named therein, without payment of tuition, knowing that the Jackson Township Board of Education will rely upon the truth of the statements therein.

I/We fully understand and agree that any false statements, answers, or declarations contained in the foregoing Sworn Statement of Landlord, as well as this Certification, may subject me/us to criminal prosecution for the crime of false swearing, in violation of N.J.S.A. 2C:28-2. If I/we am/are convicted for such a crime, I/we may be punished by a fine of up to \$7,500.00 and/or be imprisoned for up to 18 months.

Landlord
(print name)

Landlord
(print name)

Landlord
(signature)

Landlord
(signature)

Sworn to and subscribed before me this	
_____ day of _____, 20__	
_____ A Notary Public of the State of New Jersey	_____ Commission expiration

JACKSON SCHOOL DISTRICT
Office of Health Services
Entrance Physical Examination
(Physical must be completed within 30 days of enrollment)
TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN OR NURSE PRACTITIONER

Student _____ Date of Examination _____
 Address _____ Date of Entry _____
 Phone Number _____ Date of Birth _____ Sex _____ Height _____ Weight _____
 Vision _____ Hearing _____ Blood Pressure _____ BMI _____

IMMUNIZATION RECORD *(Exact dates required by law – month/day/year)*

	#1	#2	#3	#4	#5
DTaP (Diphtheria, Tetanus, Inactivated Pertussis)					
Tdap (Tetanus, Diphtheria, Inactivated Pertussis) (Minimum four doses with one dose administered after fourth birthday)					
Tdap (Tetanus, Diphtheria, Inactivated Pertussis) One dose prior to entering sixth grade; children more than seven years of age					
IPV (Inactivated Polio Vaccine)					
OPV (Oral Polio Vaccine) (Minimum three doses with at least one dose given after fourth birthday)					
MMR (Given after first birthday)					
MMR Booster (Must be given at least one month after first dose and prior to kindergarten entry)					
HIB Vaccine (Haemophilus Influenza)					
Hepatitis B Vaccine (Three doses series required)					

	#1	#2	#3	#4	#5
Varicella Vaccine (After age one and prior to school entry -- 1-2 doses)					
Pneumococcal Conjugate Vaccine (Four shot series required for Preschool)					
Meningococcal Conjugate (One dose prior to entering sixth grade)					
Hepatitis A (Two vaccine series)					
Influenza (One dose annually for preschoolers)					
Mantoux (Check current NJ State Requirements)					

DISEASE HISTORY *(Please specify type and age of onset)*

Allergies	Asthma	Heart Disease
Congenital Defects	Chicken Pox	Otitis Media
Drug Sensitivities	Lyme Disease	Rheumatic Fever
Hepatitis	Convulsive Disorders	Strep Infections
Neuromuscular Disorders	Diabetes	Mononucleosis
Other Illnesses		
Operations or Injuries		

(See reverse)

PHYSICAL EXAMINATION *(Please note every item)*

Ears (Otosopic)	Heart	Orthopedic:
Eyes	Lungs	Structural
Lymph Glands	Abdomen	Posture
Thyroid	Hernia	Feet
Nose	Genito-Urinary	Skin
Throat	Nutrition	Nervous System
Teeth/Mouth	Speech	General Appearance
Other:		

RECOMMENDATIONS OR RESTRICTIONS (if any): _____

I have examined this child and find him/her physically fit to participate in all school activities.

Signature of Physician _____ (Date) _____
(Valid office stamp should accompany signature)

Physician's Name _____ Telephone _____
(Please Print)

Doctor's Office Stamp

JACKSON SCHOOL DISTRICT

Pre-School Dental Examination

Child's Name _____

1. _____ All necessary dental work has been completed.


2. _____ Treatment is in progress.

3. _____ Further information or recommendation _____

Date _____

Signature of Dentist

Algunos consejos útiles al hablar con su hijo acerca Kinder

Por favor no ...		Por favor...
<p>1. No se acumule el primer día en la mente de su hijo como si fuera un evento tremendo. Es entusiasta para su hijo, pero no continuamente ponerla en su conversación. Deje que su hijo saca el tema. Tratar de ir al Kinder que se vea como un hecho normal.</p> <p>2. No permita que los hermanos mayores o niños vecinos se burlen o alarma sus hijos de cinco años de edad, sobre la escuela. Los niños más grandes les gusta convertir los maestros y directores en ogros.</p> <p>3. No sea demasiado ansioso. Su ansiedad es contagiosa y se reflejará en su hijo.</p> <p>4. En el primer día de clases, no se quedan en el aula o en el pasillo de su hijo. Si usted ha caminado a su hijo a la escuela, diga “adiós” a la puerta del aula. No se quede. Si su hijo toma un autobús, diga “adiós” en la parada de autobús.</p> <p>5. No permita que su niño se sienta que hay una opción de ir a la escuela. No se involucre en discusiones acerca de este tema. Ser natural, pero firme en el tono. Sea comprensivo y tranquilizador.</p>		<p>1. Explique a su hijo lo que va a hacer durante el horario escolar. Hacer hincapié en su actividad habitual, incluyendo el trabajo fuera del hogar.</p> <p>2. Explicar de antemano lo que su hijo debe esperar que suceda en la escuela.</p> <p>3. Explicar qué hacer acerca de ir al baño en la escuela.</p> <p>4. Responda a todas las preguntas de su hijo acerca de la escuela con honestidad.</p> <p>5. Explicar el horario de Kinder.</p> <p>6. Explicar cuidadosamente cómo su hijo va a ir y volver de la escuela.</p> <p>7. Dígale a su hijo donde usted estará cuando el día de Kinder ha terminado.</p> <p>8. Demasiada discusión puede crear ansiedad. Deje que su hijo inicie la conversación sobre el Kinder.</p>