



2019-2020

Date/Fecha: _____

New Brunswick Public Schools
Escuelas Públicas de New Brunswick

PUPIL REGISTRATION FORM / FORMULARIO DE MATRÍCULA DE ALUMNOS/AS Office of Early Childhood Education / Oficina de Educación Preescolar

Please Print/ Por favor complete este formulario en letra imprenta BOY/Niño GIRL/Niña

1. **CHILD'S NAME/Nombre del niño/a** _____ / _____ / _____
(Last Name/Apellidos - First Name/Primer Nombre - Middle/Segundo Nombre - Generation/Jr./Sr.)

2. _____ / _____ / _____
Address/Dirección **Apt.#/Bldg.#/Apto #** **Home Phone #/Teléfono**

3. **Race/Ethnicity - Raza/Grupo Étnico:** Hispanic/Latin-Hispano/Latino Black-Africano-Americano
 White-Blanco Asian-Asiatico American Indian/Alaskan-Nativo Americano/de Alaska
 Pacific Islander/Hawaiian-Hawaiano/Nativo de las isles del Pacifico

4. **Date of Birth / Fecha de Nacimiento:** _____

5. **Birth Place / Lugar de Nacimiento:** _____ / _____ / _____
City/Cuidad State/Estado Country/País

6. Is this Child a Ward of the State?/ ¿Está su hijo/a bajo la custodia del estado? YES/SI NO

Student resides with/El estudiante reside con: Both Parents/Ambos Padres Mother/Madre Father/Padre
 Grandparents/Abuelo/s Guardian/Guardían/es Other (Indicate)/Otro(Indentifique)_____

7. Are parents separated/¿Están los padres separados? YES/SI NO Divorced?/¿Divorciados? YES/SI NO

Are there any custody restrictions that we should be aware of?/ ¿Hay alguna restricción en la custodia que debemos conocer?
 YES/SI NO If yes, Please explain/ Si contestó SI, por favor explique:_____

8. In case of an emergency, who would you like for us to contact?/ En caso de emergencia, ¿A quién debemos contactar?
 Mother/Madre Father/Padre Guardian/Guardían/es Other/Otro_____

Name of the person/Nombre Address/Dirección Phone#/Teléfono

9. **MOTHER/Madre or/o Guardian/Guardián:** _____ / _____
(Last Name/Apellidos First Name/Primer Nombre)

Birth Place/Lugar de Nacimiento: _____ / _____ / _____
City/Cuidad State/Estado Country/País

10. Mother's Address/ Dirección de la madre: _____

11. Name of Company/Nombre de la empresa: _____
Address/Dirección: _____
Work #/Teléfono del trabajo: _____

12. Mother's Emergency #'s/Numero de emergencia de la madre: _____

13. **FATHER/Padre or/o Guardian/Guardián:** _____ / _____
(Last Name/Apellidos First Name/Primer Nombre)

Birth Place/Lugar de Nacimiento: _____ / _____ / _____
City/Cuidad State/Estado Country/País

14. Father's Address/ Dirección del padre: _____

FATHER/Padre or/o Guardian/Guardián:

15. Name of Company/Nombre de la empresa: _____
Address/Dirección: _____
Work #/Teléfono del trabajo: _____

16. Father's Emergency #'s/Numero de emergencia del padre: _____

17. Can you transport your child to school?/¿Puedes transporter a su niño a la escuela? YES/SI NO

18. Languages spoken at home other than English/Idiomas que se hablan en casa además de inglés:

19. If your child was not born in the United States, when did your child first enter this country? _____
Si su hijo/a no nació en los Estados Unidos por favor indique la fecha de la primera entrada a los EE.UU _____

20. Did your child attend any other Pre-Kindergarten Center in New Brunswick? YES/SI NO
¿Ha asistido su hijo/a alguno de los centros de jardín infantil en New Brunswick?
Name of Center/Nombre del centro: _____

21. Has your child received any Special Services?/¿Ha recibido el niño/a algún servicio especial? YES/SI NO
 Basic Skills/Destrezas básicas Bilingual/Educación bilingüe ESL/Inglés como su segundo idioma
 Special Education/Educación especial Speech Services/Terapia de habla 504 Plan/Plan 504 Other/Otro

22. List below the names of your child's siblings/Indique los nombres de los hermanos/as del niño:

Name/Nombre	Date of Birth/Fecha de nacimiento	Sex/Sexo	School Attending/ Escuela a la que asiste
◆			
◆			
◆			
◆			
◆			
◆			
◆			

Schools of Choice / Escuelas de su preferencia:

(SEE THE LIST OF SCHOOLS / VEA LA LISTA DE LAS ESCUELAS)



1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

I understand and agree that any false or fraudulent information, answers or declarations contained in this application for admission, may render me/us personally liable to the New Brunswick Board of Education for the payment of tuition for the student's period of ineligible attendance in the school.

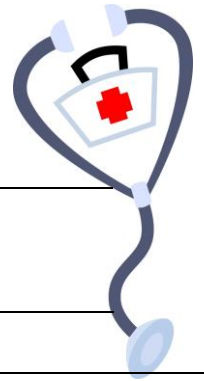
Yo entiendo y estoy de acuerdo que cualquier información, respuesta o declaración, falsa o fraudulenta. Entiendo que soy responsable por cualquier contenido en ésta aplicación. También entiendo que soy responsable ante la Junta de Educación de New Brunswick por cualquier costo en que haya incurrido durante el periodo que mi hijo/hija asistió a la escuela no siendo elegible.



YOUR SIGNATURE/ SU FIRMA _____

Date/Fecha: _____

NEW BRUNSWICK PUBLIC SCHOOLS
ESCUELAS PUBLICAS DE NEW BRUNSWICK
HEALTH HISTORY/HISTORIAL DE LA SALUD



♦ Child's Name/**Nombre del niño(a)**: _____
♦ Date of Birth/**Fecha de Nacimiento**: _____ Boy/**Niño** Girl/**Niña**
♦ Address/**Dirección**: _____ Phone/**Teléfono** #: _____
♦ Parent/Guardian's Name/**Nombre del Padre/Guardian**: _____

♦ Work phone/**Teléfono del Trabajo** #: _____
♦ Pediatrician's Name/**Nombre del Pediatra**: _____
♦ Pediatrician's Phone/**Teléfono del Pediatra**: _____
♦ Is your child covered by Health Insurance? / **¿Tiene su hijo/a Seguro Médico?**:
Yes/**Sí** No



♦ Applied for NJ Family Care? / **¿Solicitó para NJ Family Care?**: Yes/**Sí** No
When? / **¿Cuándo?** _____
♦ Name of Medical Insurance / **Nombre del Seguro Médico**: _____
♦ Eligible for NJ Family Care? / **¿Elegible para NJ Family Care?**: Yes/**Sí** No

♦ Any present health concerns for your child? / **Alguna preocupación al presente sobre la salud de su niño(a)**:
 Yes/**Sí** _____ No

♦ Is your child taking any medication(s)? / **¿Está su hijo/hija tomando algún medicamento(s)?**:
 Yes/**Sí** _____ No

♦ Any Allergies to Food, Medicine, Bee Stings, Other? / **Alergias a comidas, medicinas, picaduras de abeja, otras**:
 Yes/**Sí** _____ No

♦ Hospital preferred in case of an emergency / **Hospital preferido en caso de emergencia**: _____

I give the school nurse permission to share and/or obtain pertinent medical information on my child with the appropriate staff member as needed / **Doy permiso a la enfermera escolar a discutir y/o obtener información médica pertinente de mi niño(a) con el personal escolar apropiado, según sea necesario.**

YOUR SIGNATURE / **SU FIRMA**: _____

♦ How much did your child weigh at birth? / **¿Cuánto pesó su niño(a) al nacer?**: _____

♦ Was your child / **Estuvo su hijo/hija**:

- blue baby at birth / **azul al nacer?** Yes/**Sí** No
- yellow baby at birth / **amarillo al nacer?** Yes/**Sí** No
- under the light / **bajo luces?** Yes/**Sí** No



♦ Did your child come home with you from the hospital / **Trajo su niño(a) del hospital con usted?** Yes/**Sí** No

♦ **HOW MANY MONTHS** was your child when he or she / **CUANTOS MESES de edad tuvo su niño(a) cuando**:

- ♦ first sit up / **se sentó por primera vez?** _____
- ♦ begin to say mama/dada / **empezó a decir mamá/papá?** _____
- ♦ first walk / **caminó por primera vez?** _____
- ♦ toilet train / **dejó de usar pañales?** _____

♦ Please explain if your child has had any hospitalization(s) for illness / accident / operation / **Ha estado su hijo(a) hospitalizado(a) alguna vez por un accidente, enfermedad u operación? Explique:** Yes/**Sí** No

Has your child had /¿Ha padecido su hijo/hija de:

- Frequent ear infection/**Infecciones frecuentes de oído?** Yes/**Sí** No
 - How many/**Cuantos?** _____
 - Chicken Pox/**Varicela?** Yes/**Sí** No
 - Asthma/Wheezing/**Asma/dificultad al respirar?** Yes/**Sí** No
 - Measles/**Sarampión?** Yes/**Sí** No
 - Pneumonia/**Pulmonía?** Yes/**Sí** No
 - German Measles/**Paperas?** Yes/**Sí** No
 - Seizures/**Convulsiones?** Yes/**Sí** No
 - Nosebleed/**Hemorragias nasales?** Yes/**Sí** No
 - Problem in Speech/**Problemas de habla?** Yes/**Sí** No
 - Lead testing done/**Pruebas de plomo?** Yes/**Sí** No
- What was the lead level number/**Cual fue el número del resultado del plomo?** _____
- Problem going to bathroom/**Problemas al ir al baño?** Yes/**Sí** No
 - Bedwetting/**Moja la cama?** Yes/**Sí** No
 - Sickle Cell Dis./Trait/**Enfermedad o características de Glóbulos rojos (Sickle Cell)?** Yes/**Sí** No

Mother's Pregnancy History/Historial del embarazo de la madre:

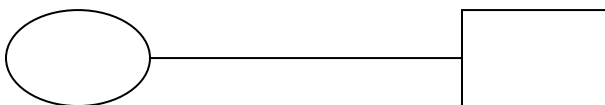


- Were you ill during this pregnancy/**Estuvo la madre enferma durante el embarazo?** Yes/**Sí** No
- If Yes, what kind of illness/**Qué clase de enfermedad?** _____
- Did you carry the baby full term/**Fue el embarazo de 9 meses?** Yes/**Sí** No
- If No, how many months/**Si no, de cuanto meses?** _____
- Did you deliver the baby normal/**Fue un parto normal?** Yes/**Sí** No
- If No, please explain/**Si no, favor de explicar.** _____
- Cesarean?Why?/**¿Cesaría?¿Por qué?** _____ Yes/**Sí** No
- Did you have any problem(s) after delivery/**Tuvo problemas después del parto?** Yes/**Sí** No
- If Yes, please explain/**Favor de explicar.** _____

Family's Health History/Historial de la familia:

Does anyone in the family have the following condition(s)/¿Hay alguien en la familia que padece o ha padecido de las siguientes condiciones?

- | | Yes/ Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Which family Member/ Cuál Miembro de la familia |
|--|---|-----------------------------|--|
| Learning Problem/ Problemas de aprendizaje: | | | _____ |
| Cancer/ Cáncer | | | _____ |
| Mental Retardation/ Retraso Mental: | | | _____ |
| Diabetes/ Diabetes: | | | _____ |
| Allergies/ Alergias: | | | _____ |
| Alcoholism/ Alcoholismo: | | | _____ |
| Substance / Drug Use/ Uso de drogas o sustancias: | | | _____ |
| Seizures/ Convulsiones (ataques): | | | _____ |
| High Blood Pressure/ Presión alta: | | | _____ |
| Heart problem/ Enfermedades del corazón: | | | _____ |





Do you consent to have your child's photograph used for authorized school events?
 ¿Das permiso para que la fotografía de su niño/a sea usada para eventos escolares autorizados?

Yes/Sí No

➤ **Name of Child/ Nombre del Niño(a):** _____

Do you consent to have your photograph used for authorized school events?
 ¿Das permiso para que su fotografía sea usada para eventos escolares autorizados?

Yes/Sí No

➤ **Name of Parent (Guardian)/ Nombre del padre (Guardián):** _____



 (Signature /Firma)

 (date)/ (fecha)

HOME LANGUAGE SURVEY /
ENCUESTA DEL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR



1. What language did your child first learn to speak? _____
2. What language do you use most often when speaking to your child at home? _____
3. What language does your child use most often when speaking to parents at home? _____
4. What language does your child use most often when speaking to brothers/sisters/relatives/friends?

Parent's Language: Is there a parent in the home who would be comfortable receiving school notices in English?

YES _____ NO _____

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo/a a hablar primero? _____
2. ¿Qué idioma usa usted más frecuentemente cuando habla con su hijo/a? _____
3. ¿Qué idioma usa su hijo/a más frecuentemente cuando habla con sus padres en el hogar? _____
4. ¿Qué idioma usa su hijo/a más frecuentemente cuando habla con sus hermanos/hermanas/familiares/amigos?

Idioma de los Padres: ¿Le gustaría a uno de los padres recibir los avisos de la escuela en inglés?

SÍ _____ NO _____

How did you find out about our preschool registration?/¿Cómo se enteró usted de nuestra matrícula preescolar?

- School/Escuela
- Neighbors-Friends-Family/Vecinos-Amigos-Familia
- Registration Flyer/Folleto de la matrícula