



**ANUNCIO DE REGISTRACION PARA EL KINDERGARDEN
PARA EL AÑO ESCOLAR 2017-2018**

A partir del miércoles 1 de febrero de 2017, aceptaremos las solicitudes de pre-registración para los estudiantes que estén ingresando al Kindergarten en el año escolar 2017-2018. Los alumnos que ingresan al Kindergarten deben tener cinco (5) años de edad antes del 15 de octubre del 2017.

Una vez que haya completado el paquete y tenga todos los documentos necesarios juntos, por favor llame a la Oficina Central de Registro al 732-531-5600, ext 3116 para establecer una cita.

Las citas son obligatorias.

Las solicitud para la registración están disponibles en la Oficina del Registro Central o pueden descargarse en nuestro sitio web: www.oceanschools.org Las aplicaciones completas deben ser devueltas a la Oficina del Registro Central en el momento de la registración. Además de la aplicación completa, los siguientes documentos (deben ser originales) se solicitan en el momento del registro. El Registrador fotocopiará los documentos para los registros escolares y devolverá los originales al padre/tutor.

❖ **Prueba de Domicilio o Residencia ***

- Factura de impuestos; escritura o declaración de hipoteca para los propietarios; un contrato de alquiler actual para los inquilinos, junto a una Declaración jurada de Alquiler (última página del paquete de inscripción)

Y

- Dos de los siguientes: Electricidad, gas, agua, alcantarillado, cable, factura telefónica.

❖ **Certificado de Nacimiento para el Estudiante** - El original debe ser proporcionado dentro de los 30 días de la fecha de iniciada la inscripción según el código N.J.S.A. 18A: 36-25.1

❖ **Registro de Salud** - La ausencia de información médica del estudiante no afectará la elegibilidad para registrarse en la escuela, aunque la asistencia puede ser aplazada hasta el cumplimiento de las normas sobre la inmunización de los estudiantes, N.J.A.C. 8: 57 - 4.1 y siguientes.

**Si usted no puede entregar las pruebas de residencia mencionada porque acaba de mudarse al Municipio de Ocean, está viviendo con una familia o amigos que son residentes del Municipio de Ocean, el contrato de alquiler no está a su nombre o su hijo vive con residentes del Municipio de Ocean, aparte de su padre/tutor; puede ponerse en contacto con Mrs. Amato en la oficina del superintendente a (732) 531-5600, ext.3000 antes de la registración.*

Paso final en el proceso de registro: Prueba de Habilidades de Kindergarten - 24 de mayo de 2017.

- Todos los niños que ingresan al kindergarten deben tener una "Prueba de Habilidades." Esta se llevará a cabo en la escuela primaria de su hijo el día 24 de mayo de 2017.
- Padre/Tutor: Se le **requiere** que asista con su hijo.
- Usted recibirá información específica por correo de su escuela primaria con el horario y las instrucciones.

Un programa de cuidado extendido para los estudiantes de kindergarten estará disponible a través de *Project Extend*. Información adicional está disponible en www.oceanhsd.org

SECCIÓN I
INFORMACIÓN DEL ALUMNO/FAMILIA

Solo Para Uso De La Oficina
Fecha de la Solicitud para el
Registro _____

REGISTRO DEL ALUMNO: *Por favor, escriba con letra **impresa***

Apellido(s) del Estudiante: _____

(Como aparece en el certificado de nacimiento)

Nombre(s) del Estudiante: _____

(Como aparece en el certificado de nacimiento)

Nombre(s) del Medio o Inicial: _____

(Como aparece en el certificado de nacimiento)

Apodo del Alumno: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Ciudad de Nacimiento: _____

Estado o Provincia de Nacimiento: _____

País de Nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino Grado/Curso _____

Grupo Étnico (Marque Uno)

- Raza Indígena de Alaska/Indígena de América
- Raza Asiática
- Raza Negra (No Hispana)
- Raza Hawaiana/Islas del Pacífico
- Raza Hispana/Latina
- Raza Blanca (Origen No Hispano)

RESIDENCIA ACTUAL: Residencia Propia/Dueños Alquilada/Vencimiento _____

Calle: _____

Número de Depto.: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta casa/apartamento? _____ Años _____ Meses

Número de Teléfono: _____

DOMICILIO (solamente si es diferente de la dirección actual):

Calle: _____

Número de Depto.: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

DOMICILIO ANTERIOR:

Calle: _____

Número de Depto.: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta casa/apartamento? _____ Años _____ Meses

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTOR:

Nombre de la persona que registra al alumno: _____

Parentesco con el estudiante: _____

El estudiante reside con: (marque uno): Los dos Padres

Solamente Padre 1

Padre 1 y Padraastro/Madrastra

Solamente el Padre 2

Padre 2 y Padraastro/Madrastra

A cargo de CP&

Foster Home

Tutor

*(La siguiente información debe ser completada por **los dos padres**. Si el alumno tiene un Tutor, la información de los padres **también debe** ser completada. Gracias).*

Nombre del Padre 1: _____
(Apellido) (Nombre)

Dirección del Padre 1: _____

Teléfono del Padre 1 (Durante el horario escolar): _____

Teléfono de la Casa del Padre 1: _____ Celular del Padre 1: _____

Correo Electrónico del Padre 1: _____

Empleador del Padre 1: _____

Número de Teléfono del Trabajo del Padre 1: _____

Nombre del Padre 2: _____
(Apellido) (Nombre)

Dirección del Padre 2: _____

Teléfono del Padre 2 (Durante el horario escolar): _____

Teléfono de la Casa del Padre 2: _____ Celular del Padre 2: _____

Correo Electrónico del Padre 2: _____

Empleador del Padre 2: _____

Número de Teléfono del Trabajo del Padre 1: _____

Nombre de la Madrastra/Padrastra: _____
(Apellido) (Nombre)

Celular Madrastra/Padrastra: _____

Empleador de la Madrastra/Padrastra: _____

Número de Teléfono del Trabajo de la Madrastra/Padrastra: _____

Si los padres del alumno están domiciliado en otro distrito, sin importar quién tiene la custodia, por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Hay una orden del juzgado o acuerdo por escrito entre los padres nombrando el distrito donde debe asistir el alumno? ¿Dónde se requiere que el alumno asista a la escuela? (*Debe proporcionar una copia de este documento*). No Si / Nombre del Distrito _____

¿Vive el alumno con uno de los padres durante todo el año escolar? ¿Con cuál padre y en qué dirección? _____

Si no, ¿Por cuánto tiempo se queda el alumno con cada padre y en qué dirección?

Si el alumno vive con los dos padres por igual parte del tiempo, alternando semana/mes o algo parecido, ¿Con cuál padre vivió el alumno en el último día de la escuela antes del 16 de Octubre previo a la fecha de esta aplicación? _____

IMPORTANTE: *Por favor, tenga en cuenta que si el Municipio de Ocean es el distrito del domicilio con propósitos de asistencia escolar, el distrito no tiene obligación legal a proporcionar transporte a ningún alumno que viva afuera del distrito; incluso la asistencia de medio tiempo. El distrito solamente ofrece transporte a los alumnos que residan en el Municipio de Ocean.*

INFORMACIÓN SOBRE EL TUTOR (complete solamente si el alumno no vive con un padre):

Nombre del Tutor: _____
(Apellido) (Nombre)

Parentesco del Tutor con el Alumno _____

Dirección del Tutor: _____

Teléfono del Tutor (Durante la hora escolar): _____

Teléfono de la Casa del Tutor: _____ Celular del Tutor: _____

Correo Electrónico del Tutor: _____

Empleador del Tutor: _____

Número de Teléfono del Trabajo del Tutor: _____

Por favor, llene la siguiente información si el alumno ha sido colocado por una agencia del Gobierno, con el Tutor mencionado arriba:

Nombre de la Agencia del Gobierno: _____

¿Han sido los derechos de los padres terminados a favor del Tutor? Sí _____ No _____

Si la respuesta es Sí, ¿En qué fecha ocurrió? _____

HERMANOS MATRICULADOS EN EL DISTRITO:

Apellido(s) y Nombre(s): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

Apellido(s) y Nombre(s): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

Apellido(s) y Nombre(s): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

Apellido(s) y Nombre(s): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Idioma primario del alumno: _____

Idioma nativo hablado por los padres o el tutor: _____

Idioma hablado en casa: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del Contacto #1

Aparte de los padres: _____
(Apellido) (Nombre)

Parentesco con el Alumno _____

Teléfono (durante el horario escolar): _____

Nombre del Contacto #2

Aparte de los padres: _____
(Apellido) (Nombre)

Parentesco con el Alumno _____

Teléfono durante el horario escolar: _____

¿Hay alguna persona que NO esté permitida ponerse en contacto con el alumno?

Apellido(s) y Nombre(s): _____

¿Por qué? _____

¿Hay una orden legal de restricción contra cualquier individuo hacia el Alumno? [Si es así, por favor, proporcione *una copia de la orden de restricción*].

¿Hay algún otro documento legal que establezca que alguien no pueda tener contacto con el estudiante? [Si es así, por favor, proporcione *una copia de este documento legal*].

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Nombre del Médico del Alumno: _____

Número de Teléfono: _____

Nombre del Dentista del Alumno: _____

Número de Teléfono: _____

¿El Alumno tiene Seguro Médico o de Salud? _____ Sí _____ No

Si la respuesta es Sí, ¿Cómo se llama la Compañía de Seguro Médico o de Salud?

Si la respuesta es No, ¿Le gustaría recibir información acerca del programa *NJ Family Care*?

_____ Sí _____ No

RESTRICCIONES MÉDICAS

¿Tiene el alumno alguna restricción médica o limitación en las actividades sociales? _____ Sí _____ No

Explique por favor: _____

SECCIÓN II

INFORMACIÓN EDUCATIVA

DISTRITO AL QUE ASISTIÓ EL ALUMNO ANTERIORMENTE: *Por favor, escriba con letra imprenta*

Escuela/Distrito: _____

Ultimo Cursos/Grados cursado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ País: _____

Teléfono de la Escuela: _____

INFORMACIÓN EDUCATIVA

¿Asistió el alumno a una escuela infantil (Prescolar/Pre-K) antes de entrar en Kindergarten?

_____ Sí _____ No

¿El programa fue de día entero o medio día?

_____ Día entero _____ Medio día

Nombre de la Escuela Infantil (Prescolar/Pre-K): _____

¿Fue el alumno retenido o repitió algún curso o grado? _____ Sí _____ No

Si la respuesta es Sí, ¿Cuál grado/curso? _____

¿Ha sido el alumno evaluado por un Equipo Especializado en el Estudio de los Niños, también conocido como "Child Study Team"?

_____ Sí _____ No

¿Tiene el alumno dificultades en el aprendizaje? _____ Sí _____ No

¿Fue el alumno inscrito/matriculado en un programa de Educación Especial, también conocido como "Special Education" o Salón de Recursos "Resource Room"?

_____ Sí _____ No

Por favor, explique:

INFORMACIÓN ADICIONAL

Por favor escriba aquí cualquier otra información importante acerca de la educación del alumno o sus necesidades sociales o emocionales que no ha sido mencionada anteriormente:

INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA EDUCATIVO

Por favor, marque el/los programa(s) al cual su hijo/a ha participado.

PROGRAMA

GRADO

_____ Programa para mejorar habilidades _____

_____ ESL (Ingles como Segundo Idioma) _____

_____ Clases Bilingües _____

_____ Programa para Dotados y Talentosos _____

_____ Escuela Vocacional _____

Servicios de Educación Especial (Marque todos que apliquen)

_____ Intervención Temprana/Prematura _____

_____ Apoyo En Clase _____

_____ Centro De Recursos _____

_____ Clase Autónoma _____

_____ Plan 504 _____

_____ Logopedia _____

_____ Otros: _____

¿Ha adjuntado una copia del IEP (Plan de Educación Individual) del Alumno?

_____ Sí _____ No

¿Está el alumno ahora una situación “Fuera del Distrito”?

_____ Sí _____ No

Nombre de la Escuela: _____

MUNICIPIO DEL DISTRITO DE OCEAN

Office of World Cultures

500 West Park Avenue

Oakhurst, New Jersey 07755

Phone: 732-531-5650 x 1048

CHRISTOPHER WILSON

Supervisor of World Cultures

ENCUESTA DEL IDIOMA EN CASA

Queridos Padres/Tutor:

Esta requerido por el Código Administrativo de Nueva Jersey (N.J.A.C.6ª:15-1.3) que cada Distrito escolar haga una Encuesta de Idiomas en el Hogar, para identificar los alumnos que pueden o necesitan ser evaluados para determinar la capacidad del dominio en el idioma de inglés.

Para cumplir con los requisitos del estado, le pedimos amablemente su cooperación para completar este formulario.

Sinceramente,
Christopher Wilson
Supervisor of World Cultures

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE Y COMPLETE TODO EL FORMULARIO

Apellido(s) y Nombre(s) del Alumno: _____
_____ Grado/Curso: _____
Lugar de Nacimiento del Alumno
Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____
País: _____
Año de entrada en los EE.UU (Mes/Año): _____
Primera fecha de entrada en una escuela en Estados Unidos (Mes/Año): _____
Grado de parentesco que tiene la persona llenando esta encuesta:
_____ Madre _____ Padre _____ Tutor _____ Otro (explique) _____

Instrucciones: Marque la respuesta correcta para cada pregunta

English Otro

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. ¿Qué idioma aprendió el alumno cuando empezó a hablar por primera vez? | [] | [] |
| 2. ¿Qué idioma habla la familia en casa la mayoría del tiempo? | [] | [] |
| 3. ¿En qué idioma habla los padres o tutores del alumno la mayoría del tiempo? | [] | [] |
| 4. ¿Qué idioma habla el alumno con sus padres/tutores la mayoría del tiempo? | [] | [] |
| 5. ¿En qué idioma habla el alumno con sus hermanos la mayoría del tiempo? | [] | [] |
| 6. ¿En qué idioma habla el alumno con sus amigos la mayoría del tiempo? | [] | [] |

Sus respuestas a las preguntas anteriores nos ayudarán a determinar el mejor programa para la instrucción del alumno. Por favor, escriba el nombre del "otro" idioma u otros idiomas que usted indicó arriba.

Otro(s) idioma(s): _____

Nombre de la persona que ha llenado esta encuesta: _____

Firma

Fecha

SECCIÓN III
FIRMAS REQUERIDAS Y CERTIFICACIONES
(POR FAVOR FIRME ADELANTE DEL NOTARIO PÚBLICO)

Aparatos Electrónicos y Acceso a Internet

Como padre/Tutor de este alumno, usted recibirá una copia del Manual del Alumno Para Padres del distrito de Ocean, en el cual se detalla las reglas sobre el uso de la tecnología en nuestras escuelas. Por favor, es muy importante que lea cuidadosamente la siguiente información y firme en la línea que aparece abajo.

- Entiendo que los aparatos electrónicos tales como casete CD/DVD, aparatos para grabar, radios, localizador y punteros de laser están prohibidos en la escuela. Los Alumnos en posesión de estos artículos serán confiscados y solo serán devueltos al padre o tutor del menor.
- Entiendo que el distrito de esta escuela proporciona acceso a internet solo para el uso educativo, pero puede que no sea posible la restricción de todos los materiales inapropiados en internet. Estoy de acuerdo en dejar sin responsabilidad al distrito de Ocean, a sus empleados y a sus contratados con respecto al contenido de las páginas de internet en la que mi hijo/a haya accedido usando las computadoras de la escuela. También, entiendo que el distrito no tiene ninguna responsabilidad del uso de internet por parte de mi hijo fuera del recinto de la escuela. Yo, por la presente, doy mi permiso al municipio de Ocean para que permita que mi hijo/a tenga acceso a internet.
- Yo he recibido una copia completa del Municipio #5512, sobre Acoso, Intimidación & Abuso. Yo revisaré este documento y entiendo que todas las protecciones y obligaciones de dicha póliza se aplicarán al alumno cuando sean requeridas y/o necesarias.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

CERTIFICACIÓN DEL REGISTRO

Yo, Padre/Tutor del Alumno, _____ solicito por la presente la inscripción/registro de en la escuela del Municipio de Ocean, condado de Monmouth, Nueva Jersey. Yo certifico que mi hijo/a es apto para una educación gratuita en el municipio de Ocean, ya sea por residencia legal dentro del a zona o por acuerdo formal entre el municipio de la zona de Ocean y otra escuela de otra zona de Nueva Jersey. Yo, también, entiendo que el derecho de mi hijo/a asistir a la escuela de esta zona será investigado y que una falsa información de residencia podría resultar en la expulsión de su hijo/a, con un cálculo con cargos de inscripción.

Yo además doy permiso para revelar información del historial educativo de mi hijo/a las agencias representativas del Estado locales y Federales, con el único propósito del reembolso de Medicaid relativo a los servicios descritos en el IEP (Plan de Educación Individual, si procediese) de mi hijo/a.

Además, yo entiendo que los formularios de las pruebas de salud de la escuela son obligatorios para la inscripción/registro y que hasta que este formulario sea entregado y aprobado por el personal de enfermería, a mi hijo/a no le será permitido participar en los programas de atletismo de la zona

Firma del Padre/Tutor

Fecha

**MUNICIPIO DEL DISTRITO DE OCEAN
163 MONMOUTH ROAD,
OAKHURST, NJ 07755**

**DECLARACIÓN JURADA DE ALQUILER
(Para ser llenado por el Propietario o Gerente de la Casa/Departamento)**

Nombre del Alumno _____
(Apellido) (Nombre)

Escuela _____

Yo, _____, con mayoría de edad, hago esta declaración jurada.
(Marque Uno: Propietario / Gerente)

Yo, certifico que _____ y su hijo/a (*Liste a cada niño por separado*)

(Apellido del Niño) (Nombre del Niño)

(Apellido del Niño) (Nombre del Niño)

(Apellido del Niño) (Nombre del Niño)

Reside en: _____
Número de Edificio/Calle

Número de Departamento Ciudad

Firma del Propietario/Gerente del apartamento Fecha

Sello Oficial del Departamento