



LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL MUNICIPIO DE ORANGE

Departamento de Registro Central

Edificio de Administración

451 Lincoln Avenue Orange, New Jersey 07050

Tel: (973) 677-4000 ext 6044 Fax: (973) 677-0486

Sitio Web: <http://www.orange.k12.nj.us>

Dr. Paula E. Howard

Superintendente Auxiliar de Escuelas

Spottswood Lisa Brown

Registro Civil del Distrito/Servicios de Información de Apoyo Manager

A todas las personas Registro de un niño:

Sólo los padres **o tutores legales, pueden** registrar a un estudiante en el Distrito Escolar Público de Orange. Los siguientes elementos deben ser proporcionados a un estudiante con el proceso de registro. En el momento de la inscripción, por favor, presente **todos los elementos siguientes:**

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

- Certificado de Nacimiento (se debe copiar y se mantienen en EL DR. archivo)
- Identificación otorgado por El Estado de Nueva Jersey
- Registros de Inmunización
- Examen físico con fecha del mismo año (no obligatorio)
- Una tarjeta de transferencia de la escuela previa
- Tarjeta de informe reciente y los resultados de las pruebas o exámenes
- Transcripción completa (estudiantes de secundaria)
- Programa de Educación Individual (IEP) (si procede)

PADRE/TUTOR PRUEBA DE IDENTIDAD

- Carnet de conductor vigente, IDENTIFICACIÓN estatal, o el pasaporte

PRUEBA DE RESIDENCIA

En el momento de la inscripción, deberá presentar **uno de los siguientes documentos primarios MÁS DOS** de los siguientes **documentos secundarios** . Todos los documentos deben ser originales de fecha en los últimos treinta (30) días:

Documentos primarios aceptables

- Contrato de compra o venta
- Declaración de Impuestos
- Hipoteca
- Contrato de Alquiler actual
- Escritura de Propiedad
- Recibo de Agua

Documentos secundarios aceptables

- Factura de Servicios Públicos (debe estar en su nombre legal)
- Extracto de la tarjeta de crédito (debe ser actual)
- Carnet de conductor vigente **o actual** seguro del vehículo **o** Tarjeta de registro
- Cheque Actual
- Las declaraciones de beneficios estatales o de Asistencia Pública Documentos
- Tarjeta de seguro medico
- Comunicado del Banco
- Cable/Satélite bill

TODOS LOS PADRES QUE NECESITEN UNA DECLARACIÓN JURADA DEL DUEÑO/PROPIETARIO DEBERÁ INFORMAR A LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL DEL DISTRITO.

***** Consulte condiciones especiales que se aplican a continuación *****

PRUEBA DE RESIDENCIA CONDICIONES ESPECIALES:

- Si usted no tiene **un** contrato de arrendamiento y usted y su niño residen con un amigo o familiar en una casa privada, el propietario deberá aportar la prueba de la propiedad. Además, el propietario/dueño debe de llenar un Formulario de Declaración Jurada. **Dos (2)** pruebas complementarias de la residencia secundaria de nuestra lista de documentos aceptados deben ser proporcionados por los padres o tutores del niño (ren) que se registra.
- Si no tiene un contrato de arrendamiento y usted y su niño (ren) residen con un amigo o familiar en un edificio de apartamentos, el dueño o Organismo de Gestión deben completar el Formulario de la declaración jurada del propietario/dueño **no el arrendatario alquilar el apartamento.** **Dos (2)** pruebas complementarias de la residencia secundaria de nuestra lista de documentos aceptados deben ser proporcionados por los padres o tutores del niño(s) que se registra.

***** **NOTA** *****

Para el ingreso al jardín de infantes, el niño debe tener cinco años de edad cumplidos en **o antes del 1 de octubre** :

Registro de Guardián, Declaración Jurada, DYFS y corte de las colocaciones:

- DYFS debe presentar una orden de la corte o de DYFS una carta de identificación.
- Para la tutoría y/o custodia legal debe informar a:

**Wilentz Justice Complex
212 Washington Street 13^{diso} Habitación 1365
Newark, NJ 07102
(973) 693-5560
Horas de funcionamiento 8AM - 16:30**

Paquetes Registro incompleto no será aceptado y puede demorar la inscripción Estudiantil



LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL MUNICIPIO DE ORANGE

Departamento de Registro Central

Edificio de Administración

451 Lincoln Avenue Orange, New Jersey 07050

Tel: (973) 677-4000 ext 6044 Fax: (973) 677-0486

Sitio Web: <http://www.orange.k12.nj.us>

Dr. Paula E. Howard

Superintendente Auxiliar de Escuelas

Spottswood Lisa Brown

Registro Civil del Distrito/Servicios de Información de Apoyo Manager

RESIDENCIA ESTUDIANTIL

EL DISTRITO SE RESERVA EL DERECHO DE REALIZAR COMPROBACIONES DE RESIDENCIA

Los estudiantes que no están jurídicamente domiciliados en el Municipio de Orange no tienen derecho a una educación gratuita en El Distrito Escolar Público de Orange.

Por favor tenga en cuenta que la inscripción en las escuelas públicas de Orange son permitidas sólo para aquellos niños cuyos padres(s) /guardián(s) son residentes de Orange. En **N. J. AC. 6A:22-4.1**, las condiciones para la admisión en El Distrito Escolar Público es objeto de una evaluación exhaustiva y que existe la posibilidad de evaluación de la enseñanza en el caso de que un estudiante sea admitido inicialmente más tarde que no reunían las condiciones para inscripción.

Por otra parte, el residente que a sabiendas autorice su nombre y/o dirección que se va a utilizar en el registro de un estudiante no residente para el propósito de asistir a las Escuelas Públicas de Orange será perseguido con todo el peso de la ley y demandado por la matrícula para el período de no asistencia a la escuela en el distrito escolar.

Prueba de Residencia son hechas frecuentemente a los estudiantes a base regular y pueden llevarse a cabo tan pronto o temprano como 6:00am.

QUIERO dar testimonio que a mi mejor conocimiento la información de residencia presentada es verdadera y correcta. Comprendo plenamente las declaraciones fraudulentas, las reivindicaciones o los documentos serán juzgados con todo el rigor de la ley.

Por favor, inicie sesión a continuación:

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del padre/tutor

Fecha

FORMULARIO DE INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES

(Tal como aparece en el certificado de nacimiento)

Apellido	Primer Nombre	Segundo nombre
Dirección de su casa	Ciudad, Estado y Código postal	Fecha que se mudo a esta dirección
Dirección anterior	Ciudad, Estado y Código postal	Casa Actual Número de teléfono
Fecha de nacimiento	Ciudad y Estado de nacimiento	País de nacimiento
Identificación del Estado# (SID)	Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Amer. India <input type="checkbox"/> Isleños del Pacífico		
Primer grado: <input type="checkbox"/> KF <input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> 3 ^a <input type="checkbox"/> 4 ^a <input type="checkbox"/> 5 ^a <input type="checkbox"/> 6 ^a <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		
Lengua hablada en el hogar? _____		
Estudiante vive con: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otros		
Escuela: <input type="checkbox"/> Rosa Parks Escuela Comunitaria <input type="checkbox"/> Cleveland Street School <input type="checkbox"/> Forest Street School	<input type="checkbox"/> Heywood Avenue School <input type="checkbox"/> Lincoln Avenue School <input type="checkbox"/> Oakwood Avenue School	<input type="checkbox"/> Orange Preparatory Academy <input type="checkbox"/> Park Avenue School <input type="checkbox"/> Orange High School
Información de la escuela anterior:		
Nombre de la Escuela	Ubicación	De: _____ a: _____ Grado Fechas de asistencia

EL ESTUDIANTE HA SIDO CLASIFICADOS O INSCRITOS EN CLASES DE EDUCACIÓN ESPECIAL?

SÍ NO

EL ESTUDIANTE HA ESTADO RECIBIENDO LAS ACOMODACIONES A TRAVÉS DE UN PLAN 504?

SÍ NO

EL ESTUDIANTE ES CUBIERTO POR SEGURO DE SALUD? SÍ NO

SÍRVASE FACILITAR UNA LISTA DE LOS PROVEEDORES DE SEGUROS

Doy testimonio de lo mejor de mi conocimiento la siguiente información es verdadera y correcta. Las declaraciones fraudulentas o reclamaciones pueden llevar a juicio a con todo el rigor de la ley.

Firma de la persona que completo esta solicitud

Relación con el Estudiante

Fecha ____/____/____

(SÓLO PARA USO DE LA OFICINA) Entrada Date ____/____/____ número de identificación del estudiante

Funcionario completar el paquete de registro _____

Fecha ____/____/____

Firma

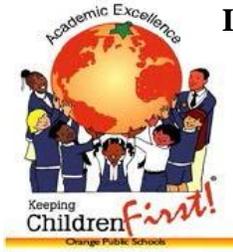
MADRE/TUTOR LEGAL

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE

Apellido	Primer Nombre	Relación de los alumnos
Dirección de su casa	Ciudad, Estado y Código postal	Fecha de
Número de teléfono particular	Número de teléfono móvil	Dirección de correo electrónico
Fecha de nacimiento	Ciudad y Estado de nacimiento	País de nacimiento
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Amer. India <input type="checkbox"/> Isleños del Pacífico		
Residencia Información:		
<input type="checkbox"/> Propietario	<input type="checkbox"/> Casa unifamiliar	<input type="checkbox"/> Casa Multi-Nivel
<input type="checkbox"/> El arrendador	<input type="checkbox"/> Casa de dos Familias	<input type="checkbox"/> Apartamento en una casa privada
	<input type="checkbox"/> Edificio de apartamentos	
Información de la dirección anterior		
Número y nombre de la Calle		Ciudad Estado, Código postal
Empleador	Ocupación	Número de teléfono del trabajo
Dirección del Trabajo		
Número y nombre de la Calle		Ciudad Estado, Código postal

PADRE/TUTOR LEGAL

Apellido	Primer Nombre	Relación de los alumnos
Dirección de su casa	Ciudad, Estado y Código postal	Fecha de
Número de teléfono particular	Número de teléfono móvil	Dirección de correo electrónico
Fecha de nacimiento	Ciudad y Estado de nacimiento	País de nacimiento
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Amer. India <input type="checkbox"/> Isleños del Pacífico		
Residencia Información:		
<input type="checkbox"/> Propietario	<input type="checkbox"/> Casa unifamiliar	<input type="checkbox"/> Casa Multi-Nivel
<input type="checkbox"/> El arrendador	<input type="checkbox"/> Casa de dos Familias	<input type="checkbox"/> Apartamento en una casa privada
	<input type="checkbox"/> Edificio de apartamentos	
Información de la dirección anterior		
Número y nombre de la Calle		Ciudad Estado, Código postal
Empleador	Ocupación	Número de teléfono del trabajo
Dirección del Trabajo		
Número y nombre de la Calle		Ciudad Estado, Código postal



LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL MUNICIPIO DE ORANGE

Departamento de Registro Central

Edificio de Administración

451 Lincoln Avenue Orange, New Jersey 07050

Tel: (973) 677-4000 ext 6044 Fax: (973) 677-0486

Sitio Web: <http://www.orange.k12.nj.us>

Dr. Paula E. Howard
Superintendente Auxiliar de Escuelas

Spottswood Lisa Brown
Registro Civil del Distrito/Servicios de Información de Apoyo Manager

SOLICITUD PARA EXPEDIENTES ACADÉMICOS DE LOS ALUMNOS

Fecha solicitada

Nombre de Escuela Anterior

Nombre del alumno

Fecha de nacimiento

Grado

De conformidad con lo dispuesto en la L. P. 2002, C63 (N. J. S. A. 18:36-25,1) y en la sección 1 de P. L. 1982, C. 79 (N. J. S. A. 2A, 4A-60) , El Distrito Escolar Público del Municipio de Orange solicita su asistencia de toda la información y registros que se han mencionado anteriormente sobre el niño. Esta petición se hace en virtud de este estudiante entrando en nuestro sistema escolar.

Por favor incluya los siguientes:

_____ Transcripciones Oficiales

_____ Resultados de pruebas

_____ Clave del distrito sistema de clasificación

_____ Salud/registros de inmunización o informes médicos

_____ Registros de asistencia/datos

_____ Expedientes disciplinarios incluyendo infracciones impuestas por su distrito escolar

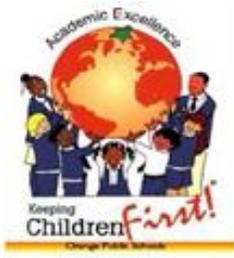
_____ Notificación de que el distrito ha obtenido la información de acuerdo con N. J. S. A. 2A:4A-60
(Es decir, los cargos de la delincuencia juvenil)

_____ Educación Especial los resultados de los ensayos y/o informes (IEP's, los informes psicológicos, etc.)

_____ Documentos de Tutela

Miembro del personal Solicitando registros

Firma del padre/tutor



LAS ESCUELAS PÚBLICAS MUNICIPIO NARANJA
Departamento de Registro Central
Edificio de Administración
451 Lincoln Avenue Orange, New Jersey 07050
Tel: (973) 677-4000 ext 6044 Fax: (973) 677-0486
Sitio Web: <http://www.orange.k12.nj.us>

Dr. Paula E. Howard
Superintendente Auxiliar de Escuelas

Spottswood Lisa Brown
Registro Civil del Distrito/Servicios de Información de Apoyo Manager

ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA HABLADO EN EL HOGAR

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Fecha de entrada en los EE.UU.: _____ Lugar de nacimiento: _____

Fue su hijo a un programa en Español o de ESL/ en otro distrito? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿Dónde: _____ por cuánto tiempo?

Qué idiomas se hablan en el hogar del niño? _____

¿Cuántas personas en la casa hablan este lenguaje? _____

Por favor circule la respuesta correcta a las siguientes seis (6) preguntas y devuelva este formulario con su paquete de registro. Necesitamos esta información con el fin de proporcionar el programa de instrucción más apropiada para su hijo.

1. ¿Qué idioma hizo su niño primero aprende a hablar?

- A. Idioma nativo B. Inglés

2. ¿Qué idioma utiliza la mayoría de las veces cuando se le habla a su hijo en la casa?

- A. Idioma nativo B. Inglés

3. ¿Qué idioma usa su niño la mayoría de las veces cuando le habla a usted en la casa?

- A. Idioma nativo B. Inglés

4. ¿Qué idioma tiende su niño a usar la mayoría de las veces cuando se habla con sus hermanos y hermanas?

- A. Idioma nativo B. Inglés

5. ¿Qué idioma tiende su niño a usar la mayoría de las veces cuando se habla con otros familiares?

- A. Idioma nativo B. Inglés

6. ¿Qué idioma tiende su niño a usar la mayoría de las veces cuando se habla con amigos?

- A. Idioma nativo B. Inglés

Nombre de la persona que lleno el formulario: _____



LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL MUNICIPIO DE ORANGE

Departamento de Registro Central

Edificio de Administración

451 Lincoln Avenue Orange, New Jersey 07050

Tel: (973) 677-4000 ext 6044 Fax: (973) 677-0486

Sitio Web: <http://www.orange.k12.nj.us>

Dr. Paula E. Howard
Superintendente Auxiliar de Escuelas

Spottswood Lisa Brown
Registro Civil del Distrito/Servicios de Información de Apoyo Manager

Historial de Salud del Estudiante

Femenino Masculino

Nombre del alumno

Dirección de origen del estudiante

____/____/____
Fecha de nacimiento

de teléfono

Estudiante vive con:

Padre/tutor (uno de ellos con un círculo)

Dirección (omitir si es el mismo que el anterior)

Número de teléfono

Padre/tutor (uno de ellos con un círculo)

Dirección (omitir si es el mismo que el anterior)

Número de teléfono

Medico del Estudiante

Número de teléfono del médico

Médico de la ciudad y estado

Embarazo Normal Sí No

La Infancia y la Niñez Normal Sí No

Lugar de nacimiento: _____

Peso al nacer: _____

Duración del embarazo: _____

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Envenenamiento por Plomo | <input type="checkbox"/> Infecciones del tracto urinario |
| <input type="checkbox"/> Alergias a los alimentos | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Problemas renales |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Deterioro del Lenguaje | <input type="checkbox"/> Problemas con la vejiga |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Problemas con el habla |
| <input type="checkbox"/> Soplos cardíacos | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Problemas de audición |
| <input type="checkbox"/> Incautaciones | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Tos ferina | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Sickle Cell Trait | <input type="checkbox"/> Retrasos en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón |

Sírvase proporcionar más información acerca de cualquier cosa que se comprueba:

Por favor, responda a todas las preguntas siguientes:

Su hijo nunca ha sido hospitalizado? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuándo y por qué? _____

¿Su hijo tiene problemas en los ojos? Sí No

Si su niño necesita/usar gafas? Sí No

¿Su niño va a un dentista por lo menos cada seis meses? Sí No

Tiene problemas dentales? Sí No

Su niño ha tenido convulsiones? Sí No

Su hijo está tomando algún medicamento regularmente? Sí No

Si es así, ¿qué medicamento? _____ • Sí No

Si su niño tiene infecciones frecuentes del oído? Sí No

¿Tiene su hijo en buenas condiciones físicas para participar en todas las actividades escolares? Sí No

Cualquier problema médico o dental, preocupaciones que puedan afectar a su hijo la educación, Experiencia? Sí No

Historia de conmoción cerebral o lesión grave en la cabeza? Sí No

Historial de huesos rotos? Sí No

Su niño ha tenido alguna cirugía? Sí No

Si es así, ¿qué se ha hecho? _____

Su niño ha tenido una hernia? Sí No

Si es así, ¿de qué tipo? _____

Si su niño tiene alguna discapacidad física? Sí No

Le rogamos nos informe de cualquier médico, emocional, problemas dentales o que le
Al igual que para analizar:

Historia Familiar

¿Cualquiera de los padres tiene algún otro problema de salud? Sí No

Si es así, explique: Que

Se espera que los estudiantes tengan un examen físico completo (en los últimos 12 meses) y a la enfermera de la escuela a su entrada a Las Escuelas Públicas de Orange. El incumplimiento de esta norma dentro de un plazo de 30 días puede resultar en su hijo ser excluido por el edificio principal.

Padre/guardián Firma

Fecha

DEBE SER COMPLETADO POR LA ENFERMERA DE LA ESCUELA SOLAMENTE:

Grado: _____ Escuela Anterior: _____ Estado o país: _____ Idioma: _____

PE: _____ Inmunización UTD: _____ estado Provisional: _____ A45 Hacer: _____

PE: _____ Inmunización necesario: _____ autorización médica: _____ VSP: _____ Date: _____

Firma de la Enfermera de la Escuela: _____ Fecha: _____