ESCUELAS PÚBLICAS DE TEANECK

651 Teaneck Road Teaneck, New Jersey 07666
www.teaneckschools.org

PLANILLA DE REGISTRACIÓN PARA EL AÑO ESCOLAR 2026-2027

REGISTRACIÓN MANDATORIA / REQUERIMIENTOS DE RESIDENCIA

Los formularios de registro y residencia deben completarse y enviarse a la Oficina Central de Registro de la Junta de Educación de Teaneck. Puede enviar por correo electrónico a registrar@teaneckschools.org o hacer una cita para dejar la documentación en la Oficina de registro ubicada en 651 Teaneck Road. El horario de la oficina de registro varía según la época del año, llame al (201) 833-5512 para confirmar el horario.

Las Horas Regulares de la Oficina para la Registración son las siguientes:

Lunes a Viernes

9:00 a.m. – 3:30 p.m.

(La oficina estará cerrada durante el almuerzo de 12:00 p.m. a 1:00 p.m.)

Para citas nocturnas, por favor contacte al registrador llamando al teléfono (201) 833-5512 o a través de un correo electrónico a registrar@teaneckschools.org.

Para inscripciones de PreK comuníquese con Yamile Fernández 551-337-1559

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con los requerimientos de registración y residencia, por favor contacte a Ms. Rose Antinori, Registradora al (201) 833-5512 o a través de un correo electrónico a registrar@teaneckschools.org.

Los siguientes documentos serán aceptados para considerarse al momento de la registración:

(Todos los documentos deben estar traducidos al inglés oficialmente)

LISTA DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS

- ☐ **Certificado de nacimiento original** (El pasaporte puede ser usado para probar la fecha oficial de nacimiento si no tiene el certificado de nacimiento disponible).
- ☐ **Registro de Inmunización**. *La Ley del Estado de New Jersey prohíbe la entrada de estudiantes a la escuela sin un registro de Inmunización.*
- ☐ **Examen físico:** se REQUIERE realizarlo dentro de los 365 días anteriores al ingreso a la escuela o dentro de los 30 días posteriores al ingreso a la escuela.
- ☐ **Prueba de residencia** – Diríjase a la próxima página para una lista completa de pruebas de residencia aceptadas.
- ☐ Identificacion con foto del padre/tutor
- ☐ Documentos de Custodia
- ☐ Plan ISP/IEP/504 - si corresponde
  Formulario de divulgación de registros de servicios especiales: solo si el estudiante tiene un IEP/ISP.
- ☐ Nombre y dirección de la escuela previa con el propósito de verificar las transcripciones
- ☐ Transcripciones/boletas de calificaciones recientes
- ☐ **Tarjeta de transferencia de la escuela anterior**

¿Cuál es el siguiente paso?

Cuando se complete la inscripción en la Oficina Central, la secretaria de la escuela se comunicará con el padre/tutor para finalizar el proceso de inscripción.

La secretaria de la escuela se comunicará con el padre/tutor para programar una cita para finalizar la inscripción.

ESCUELAS PÚBLICAS DE TEANECK
651 Teaneck Road
Teaneck, New Jersey 07666
www.teaneckschools.org

Acceso Familiar a Skyward Uso Parental y Reconocimiento de Responsabilidad

El Programa de Acceso Familiar a Skyward es una aplicación basada en la red que le permite seguir la información relacionada con el progreso académico de su hijo/a durante el año corriente. Usted puede acceder este programa conectándose a nuestro servidor seguro para ver las tareas, asistencia, grados en la boleta de calificaciones y otra información escolar.

Yo,_____,
(nombre del padre/guardián)

Padre/Guardián de

_____
(nombre del estudiante)

Reconozco que he pedido y recibido autorización para usar el Acceso Familiar Skyward. Entiendo que comparto la responsabilidad de mantener segura la información de mi hijo/a (s). Mis responsabilidades incluyen reportar cualquier preocupación de seguridad al distrito escolar, conservando mi contraseña, cambiándola regularmente y cerrando de inmediato la sesión en mi Acceso Familiar Skyward cuando termine o antes de alejarme de mi computadora. Entiendo que el distrito escolar puede, sin previa notificación, inhabilitar mi(s) cuenta(s) como parte de procedimientos de seguridad.

X_____
Nombre del Padre/Guardián

X_____
Firma del Padre/Guardián

Fecha: X_____

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIÁN LEGAL AUTORIZADO A USAR ACCESO FAMILIAR SKYWARD	**Padre/Guardián recibo inicial de inicio de sesión y contraseña.**

DISTRITO ESCOLAR PÚBLICO DE TEANECK

Oficina de Registro

651 Teaneck Road, Teaneck,

registrar@teaneckschools.org

(201) 833-5512

CONSENTIMIENTO PARA REGISTRAR AL ESTUDIANTE

Certifico que soy el tutor legal del niño o el funcionario autorizado por el tribunal (padre / tutor) y por la presente doy mi consentimiento para que el niño se inscriba en el Distrito de Escuelas Públicas de Teaneck.

Entiendo que la Junta de Educación de Teaneck verificará las declaraciones en esta solicitud y las declaraciones falsas podrían someterme a cargos de matrícula y transporte.

También entiendo que es mi responsabilidad notificar inmediatamente a la escuela de cualquier cambio en las circunstancias que afecten la información establecida en este documento.

_____ _____
Fecha de firma del padre/tutor

_____ _____
Fecha de firma del padre/tutor

ESCUELAS PÚBLICAS DE TEANECK
651 Teaneck Road
Teaneck, New Jersey 07666
www.teaneckschools.org

LA PARTE SUPERIOR COMPLETADA POR EL PERSONAL DE LAS ESCUELAS PUBLICAS DE TEANECK

SKYWARD ID:	**REGISTRAR:**	**REGISTRATION DATE:**	**Supt Approval** ☐
ENTRY CODE:	**SE PK:** ☐ **Evaluation requested:**		**HL** ☐
GRID CODE ELEM/MS):	**IEP:** ☐ **Evaluation requested:**		**Non Eng** ☐
GUARDIANSHIP: Court Order submitted YES ☐ NO ☐	**GUARDIANSHIP: BOE Affidavits submitted** YES ☐ NO ☐		**504** ☐

PARTE INFERIOR DEL PAQUETE PARA SER COMPLETADA POR EL PADRE/GUARDIÁN
INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE
-- POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE --

¿Si usted reclama ser un estudiante emancipado, ¿vive usted independientemente en su propia residencia en el distrito? **Si** ☐ **No** ☐

¿El estudiante ha estado alguna vez inscrito en el sistema escolar de Teaneck? Si ☐ No ☐

¿El estudiante ha estado alguna vez inscrito en un sistema escolar de New Jersey? Si ☐ No ☐

PRIMER NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Como aparece en el certificado de nacimiento)	**SEGUNDO NOMBRE DEL ESTUDIANTE**	**APELLIDO DEL ESTUDIANTE**	**GÉNERO** M ☐ F ☐	**GRADO PARA EL CURSO ESCOLAR 2026-2027 por favor conteste** _____
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE	**CIUDAD**	**ESTADO**	**CÓDIGO POSTAL**	
DIRECCIÓN DE CORREO DEL ESTUDIANTE (si es diferente que la residencia)	**CIUDAD**	**ESTADO**	**CÓDIGO POSTAL**	

NOMBRE DEL PADRE(S)/GUARDIÁN	**NÚMERO PRIMARIO/CASA** (número de contacto preferido para notificaciones de la escuela)	
PERSONA MATRICULANDO AL ESTUDIANTE	**NÚMERO TELEFÓNICO**	**RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE**

De acuerdo a los Estándares Federales requeridos [Vea 1997 Estándares, 62 FR 58789 (30 de octubre, 1997)], es requerido que las instituciones educacionales colecten datos raciales y étnicos de la siguiente forma:

Se deben verificar tanto la etnicidad como la raza

Etnicidad (DEBE REVISAR) ☐ Hispano ☐ No-Hispano

Hispano o Latino se refiere a una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, suramericano o centroamericano u otra cultura hispana sin importar la raza. El término "origen hispano" puede ser usado además de "Hispano/Latino o Latino."

Raza (DEBE REVISAR) ☐ Blanco ☐ Afro-americano ☐ Indio Amer/Nat Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo Hawái/Islas del Pacífico

Ver descripciones a la derecha

(1) ***Indio Americano o nativo de Alaska.*** Una persona que tiene lazos de origen con los habitantes originales de América del Norte o América del Sur (incluyendo América Central) y mantiene una afiliación tribal o un apego comunitario.

(2) ***Asiático.*** Una persona que tiene lazos de origen con los habitantes originales del Lejano Oriente, Sureste de Asia, o el subcontinente indio incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, las Islas de Filipinas, Tailandia y Vietnam.

(3) ***Africano- americano.*** Una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los grupos raciales de África.

(4) ***Nativo de Hawái u Otro Habitante de las Islas del Pacífico.*** Una persona que tiene lazos de origen con los habitantes originales de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.

(5) ***Blanco.*** Una persona que tiene lazos de origen con los habitantes originales de Europa, el Medio Este o el Norte de África.

ESCUELAS PÚBLICAS DE TEANECK
651 Teaneck Road
Teaneck, New Jersey 07666
www.teaneckschools.org

FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CIUDAD DONDE NACIÓ	ESTADO DONDE NACIÓ	*PAÍS DONDE NACIÓ*

**Primera fecha de entrada a una escuela en EE. UU (si el estudiante nació fuera de EE. UU) DATE:	Idioma que habla el niño/a	Idioma nativo hablado por el niño/a	Idioma hablado en la casa	¿Asistió el estudiante a clases de ESL en su escuela previa? YES ☐ NO ☐

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA ÚLTIMA ESCUELA EL ESTUDIANTE ASISTIÓ: NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ DIRECCIÓN: _____ Estado de la Ciudad _____	Grado en que el estudiante estaba en el curso escolar: Fecha del último día que asistió a la escuela en el curso escolar:

FAMILIA 1 INFORMACIÓN – PADRE/GUARDIÁN VIVIENDO EN LA MISMA RESIDENCIA

Padre/Guardián #1 – Relación con el estudiante: Madre ☐ Padre ☐ Guardián legal ☐ Padre adoptivo ☐ Emancipado ☐

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Título

Dirección de Residencia

Teléfono Primario/Casa	Celular/Teléfono alternativo	Dirección de correo electrónico

Empleador	Teléfono del trabajo	Extensión

☐ Vive con el estudiante ☐ Da permiso para acceder internet

Padre/Guardián #2 – Relación con el estudiante: Madre ☐ Padre ☐ Guardián legal ☐ Padre adoptivo ☐ Padrastro ☐ DCP&P ☐

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Título

Dirección de Residencia

Teléfono Primario/Casa	Celular/Teléfono alternativo	Dirección de correo electrónico

Empleador	Teléfono del trabajo	Extensión

☐ Vive con el estudiante ☐ Da permiso para acceder internet

FAMILIA 2 INFORMACIÓN – SI EL PADRE/GUARDIÁN VIVE SEPARADO

Padre/Guardián #1 – Relación con el estudiante: Madre ☐ Padre ☐ Guardián legal ☐ Padre adoptivo ☐ DCP&P ☐

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Título

Dirección de Residencia

Teléfono Primario/Casa	Celular/Teléfono alternativo	Dirección de correo electrónico

Empleador	Teléfono del trabajo	Extensión

☐ Correo adicional ☐ Contacto no permitido ☐ Permiso para acceder internet ☐ Recibir reporte de notas en papel
☐ Recibir notificaciones en correo electrónico/teléfono

Por favor añada el nombre de hermanos/hermanas asistiendo en estos momentos o que asistirán a las escuelas del Distrito Escolar de Teaneck.

Hermano/a	Grado	Género	Edad	Escuela

INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA

Primer Contacto		
Nombre	Teléfono	Relación
Segundo Contacto		
Nombre	Teléfono	Relación
Tercer Contacto		
Nombre	Teléfono	Relación

ESCUELAS PÚBLICAS DE TEANECK
651 Teaneck Road
Teaneck, New Jersey 07666
www.teaneckschools.org

Marque las formas de prueba que está proporcionando para demostrar su dirección física.

por favor, compruebe:
Consulte las Opciones 1-4 enumeradas a continuación

☐ Copia de la factura de impuestos o tarjeta de evaluación de impuestos y factura de servicios públicos
☐ Copia de la escritura y factura de servicios públicos
☐ Copia del Acuerdo de Renta Corriente y factura de servicios públicos
☐ Declaración Jurada del dueño de la propiedad ver opción 3-4

1. ¿Es el Padre/Guardián el dueño de la propiedad en esta dirección o la renta?: _____

2. Si la Madre/Padre del solicitante/estudiante vive en otra casa:

Razón: ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Otra: _____
Dirección: _____

3. ¿Existe una orden de la corte de custodia o un acuerdo escrito designando al distrito para la asistencia escolar? Circule SÍ ☐ o NO ☐ **Si es SÍ, por favor provea una copia del acuerdo escrito con esta forma en el momento de la registración.**
4. ¿Vive el estudiante con uno de los padres todo el año? Circule SÍ ☐ o NO ☐ ¿Con cuál y en qué dirección?: _____
5. Si el estudiante no vive con uno de los padres todo el año, explique qué parte del tiempo vive con cada padre y en qué dirección(es): _____

PRUEBAS DE RESIDENCIA ACEPTADAS

OPCIÓN 1: <u>SI USTED ES DUEÑO DE CASA</u> 1. Por favor provea una copia de su cuenta actualizada de impuestos de la propiedad, la tarjeta de tasación de impuestos o una copia de su título de propiedad. ***Y*** 2. Una cuenta reciente de utilidades (ej. PSE&G, compañía de agua, cable, cuenta de teléfono).	**OPCIÓN 2: <u>SI USTED ALQUILA</u>** 1. Por favor provea una copia actualizada de su arrendamiento, esta debe incluir el nombre del padre o guardián. ***Y*** 2. Una cuenta reciente de utilidades (ej. PSE&G, compañía de agua, cable, cuenta de teléfono).
OPCIÓN 3: <u>SI USTED ALQUILA Y NO TIENE UN CONTRATO DE ARRENDAMIENTO</u> *1.* Usted debe pedirle al propietario que complete la forma ***Declaración Jurada del Propietario***. El dueño de la propiedad debe ***firmar la forma y certificarla con un notario público***. ***Y*** *2.* El dueño debe proveer una copia actualizada de los impuestos de la propiedad, la tarjeta de tasación de impuestos o una copia del título de la propiedad. ***Y*** 3. Una copia de su (Padre/Guardián) cuenta más reciente de utilidades (ej. PSE&G, compañía de agua, cable, cuenta de teléfono).	**OPCIÓN 4*: <u>SI ES UNA CASA PRIVADA Y USTED NO PAGA ALQUILER</u>** 1. Usted debe pedirle al propietario que complete la forma ***Declaración Jurada del Propietario***. El dueño de la propiedad ***debe firmar la forma y certificarla con un notario público***. Usted no necesita revelar información de la cantidad que paga de renta en la forma. ***Y*** 2. El dueño debe proveer una copia actualizada de los impuestos de la propiedad, la tarjeta de tasación de impuestos o una copia del título de la propiedad. ***Y*** **3.** El padre/guardián debe proveer una copia de una cuenta de utilidades reciente (ej. PSE&G, compañía de agua, cable, cuenta de teléfono) u otra cuenta que muestre una dirección de Teaneck.

DECLARACIÓN JURADA DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD

ESTADO DE NEW JERSEY)
SS:
CONDADO DE BERGEN)

Yo _____ mayor de edad, y siendo debidamente juramentado sobre su juramento, conforme a la ley, deposita y digo:

1. Soy el dueño de la propiedad ubicada en _____, en la municipalidad de Teaneck.
2. _____ es el inquilino/a y ha permanecido en la vivienda arriba mencionada desde _____ (mes/día/año). Una copia del contrato de arrendamiento del inquilino/a en forma escrita, se adjunta aquí. En caso que el inquilino/a no tenga un contrato escrito, los términos pertinentes de dicho arrendamiento son:
   A. Circule uno de los siguientes: Mes a Mes / Año a Año
   B. Monto del alquiler $ _____ por _____
   C. Los nombres de los inquilinos permitidos son los siguientes:
      1. _____ 4. _____
      2. _____ 5. _____
      3. _____ 6. _____
3. Estoy haciendo esta declaración jurada sabiendo que la Junta de Educación del Municipio de Teaneck se basará en la misma para determinar si _____ será considerado un alumno que tiene derecho a una educación gratuita.

Entiendo que si alguna de las declaraciones hechas por mí son intencionalmente falsas yo estaré sujeto a ser castigado.

_____
(DUEÑO DE LA PROPIEDAD)

Jurado y suscrito ante mí
el _____ día de _____

_____
(Notario Público)
v

ESCUELAS PÚBLICAS DE TEANECK
651 Teaneck Road
Teaneck, New Jersey 07666
www.teaneckschools.org

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____**Fecha de Nacimiento:** _____ **EDAD:** ____ **GRADO:** _____ **IEP: SI** ☐ **NO** ☐

PADRE/GUARDIÁN LEGAL: _____ TELÉFONO: _____

ÚLTIMO LUGAR DE RESIDENCIA PERMANENTE EN NJ:

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____

Número de años/meses en la última dirección permanente: _____

Fecha de mudanza a esta dirección: _____ Fecha de mudanza de esta dirección: _____

ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ: _____ **GRADO EN LA ÚLTIMA ESCUELA:** _____

ÚLTIMO LUGAR DE RESIDENCIA PERMANENTE FUERA DEL ESTADO DE NEW JERSEY:

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____

El número de años/meses en la última dirección permanente: _____

Fecha de mudanza al lugar: _____ Fecha de mudanza del lugar: _____

ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ: _____ **GRADO EN LA ÚLTIMA ESCUELA:** _____

EL ESTUDIANTE ESTÁ ACTUALMENTE: ☐ **EN UNA CASA DE ABRIGO** ☐ **EN UN MOTEL/HOTEL**

☐ **QUEDÁNDOSE CON FAMILIARES/AMISTADES** ☐ **CONOCIDO POR DCP&P**

☐ **OTRO** _____

UBICACIÓN FÍSICA ACTUAL DE LA RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE: _____ **A PARTIR DE** _____.

DECLARACIÓN DE RESIDENCIA: _____

_____

_____

_____

Bajo pena de perjurio acorde a las leyes de este estado, declaro que la información dada aquí es verdadera y correcta y de mi propio conocimiento personal y que, si soy llamado a testificar, sería competente para hacerlo. También entiendo que debo notificar al Distrito de Escuelas Públicas de Teaneck de cualquier cambio que ocurra, tan pronto como ocurra. Doy mi aprobación para que este documento sea compartido con el Enlace McKinney-Vento del Distrito.

Firma del Padre/Guardián: X _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/Guardián: X_____

OSS: _____ Fecha _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

ELIGIBLE UNDER MC KINNEY-VENTO: ☐ **YES** ☐ **NO**

RESIDENCY: _____

DISTRICT OF RESPONSIBILITY: _____

NOTIFICATION SENT TO: ☐ **SCHOOL PRINCIPAL** ☐ **BUSINESS ADMINISTRATOR** ☐ **DIRECTOR OF SPECIAL SERVICES** ☐ **McK-V COUNTY LIAISON**

ESCUELAS PÚBLICAS DE TEANECK
651 Teaneck Road
Teaneck, New Jersey 07666
www.teaneckschools.org

Encuesta de Idioma Hablado en la Casa
Cuestionario para Padre/Guardián

FAVOR DE IMPRIMIR

Esta encuesta de idioma hablado en la casa debe ser completada en el momento de la inscripción por todos los que se registren en el Distrito Escolar de Teaneck. La información provista será usada para determinar si otro idioma es hablado en la casa. Las preguntas deben ser contestadas por la persona que es el cuidador principal (con traductores disponibles cuando sea necesario)

Nombre del niño: _____ **Fecha:** _____
(primer nombre) (sgdo nombre) (apellido)

Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Persona completando la encuesta: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Abuelo/a ☐ Guardián ☐ Otro

Por favor díganos sobre su hijo/a:

1. ¿Qué idioma el niño/a aprendió primero cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla la familia en casa la mayor parte del tiempo? _____
3. ¿Qué idioma(s) el cuidador(es) principal(es) del niño/a le habla a este la mayor parte del tiempo? _____
4. ¿Qué idioma(s) el niño/a usa al hablar con su cuidador principal la mayor parte del tiempo? _____
5. ¿Qué idioma(s) el niño/a usa al hablar con sus hermanos la mayor parte del tiempo? _____
6. ¿Qué idioma el niño/a usa al hablar con sus amigos la mayor parte del tiempo? _____
7. ¿En qué idioma desearía usted recibir información proveniente de la escuela? _____
8. ¿Por cuál nombre llama usted a su hijo/a (si es diferente del escrito arriba)? _____

Fuentes:
Las preguntas 1 – 8 están basadas en NJ *DOE Encuesta de Idioma Casero* adaptado de un ejemplo de la encuesta en *Un Manual para los Representantes Comunitarios del Comité de Dirección del Título IV*, publicado 9/76 por el Instituto de Pluralismo Cultural, Centro de Asistencia General de Lau, Universidad de San Diego, San Diego, CA 92182

****POR FAVOR ASEGÚRESE DE ESCRIBIR SUS INICIALES EN TODAS LAS PREGUNTAS EN ESTA FORMA****

SERVICIOS ESPECIALES:

¿Ha sido su hijo/a referido para una evaluación de educación especial anteriormente? Sí ☐ No ☐ _____

¿Ha sido su hijo/a evaluado anteriormente por un equipo de estudio infantil de educación especial? Sí ☐ No ☐ _____

¿Ha sido su hijo/a clasificado anteriormente para educación especial/servicios relacionados o para servicios de terapia del habla (logopedia)? Sí ☐ No ☐ _____

¿Tiene usted alguna razón para sospechar que su hijo/a pueda tener un problema de aprendizaje, emocional o físico?
Sí ☐ No ☐ ____

El estudiante tiene un IEP (Programa de Educación Individualizado)?: Sí ☐ _____ No ☐ _____

El Padre/Guardián proveyó una copia del IEP: Sí ☐ No ☐ _____

Referido por un administrador de casos de Teaneck: Sí ☐ No ☐ Nombre del Administrador del Caso _____

Referido para Servicios Especiales por el registrador: Sí ☐ No ☐ Si no, ¿por qué?_____

SERVICIOS ESPECIALES:

El estudiante tiene un ISP (Plan de Servicio Individualizado) : Si ☐ _____ No ☐ _____

El Padre/Guardián proveyó una copia del ISP: Sí ☐ No ☐ _____

Referido por un Administrador de Casos de Teaneck: Sí ☐ No ☐ Nombre del Administrador del Caso _____

Referido para Servicios Especiales por el registrador: Sí ☐ No ☐ _____

SERVICIOS ESPECIALES:

¿Ha tenido su hijo/a un Plan de Acomodación 504 anteriormente?: Sí ☐ No ☐ _____

El estudiante tiene un Plan de Acomodación 504: Sí ☐ _____ No ☐ _____

El Padre/Guardián proveyó una copia del Plan de Acomodación 504: Sí ☐ No ☐ _____

Referido por un Administrador de Casos de Teaneck: Sí ☐ No ☐ Nombre del Administrador del Caso _____

Referido para Servicios Especiales por el registrador: Sí ☐ No ☐ _____

SERVICIOS ESPECIALES:

Intervención temprana por el estado de NJ: Sí ☐ No ☐

¿Tiene usted una reunión con el administrador del caso?: Sí ☐ Fecha de la reunión: _____ No ☐

Referido por el administrador del caso de Teaneck: Sí ☐ No ☐ Nombre del administrador del caso _____

Referido a Servicios Especiales por el registrador: Sí ☐ No ☐

Firma del Padre/Guardián: **X**_____ Fecha: _____

TEANECK PUBLIC SCHOOLS
Central Administration Office - Transportation Department
651 Teaneck Road Teaneck, New Jersey 07666
Phone (201) 833-5505
transportation@teaneckschools.org

Formulario de solicitud de transporte

La ley estatal exige que el transporte se proporcione de la siguiente manera:

- **Alumnos de los grados K-8 que viven a más de 2 millas de la escuela;**
- **Alumnos de los grados 9-12 que viven a más de 2,5 millas de la escuela;**
- **Estudiantes de educación especial con un IEP válido**

Servicio de transporte en autobús de cortesía

Se proporciona servicio de transporte en autobús de cortesía para los estudiantes de los grados preescolar (Pre-K) a cuarto (4.º) grado que residen a más de 1.3 millas de su escuela de asistencia. Los niños que viven a una distancia caminable de su escuela no pueden usar los autobuses escolares en ningún momento.

Los padres o tutores son responsables de acompañar a sus hijos hasta y desde la parada de autobús. Si no puede recoger a su hijo por la tarde, le recomendamos que haga arreglos para que alguien lo recoja en la parada de autobús.

Exclusiones

El servicio de transporte en autobús de cortesía no se aplica a estudiantes de la escuela media y secundaria o preescolar en Bergen Day y The Early Learning Center.

Información del estudiante

Año escolar _____ Grado _____

Nombre del estudiante _____

Escuela _____

Dirección de la casa _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

Preferencia de transporte del padre/tutor

Mañana ☐ Tarde ☐ Ambos ☐

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

No podría ser elegible basado de la distancia de la Residencia a la escuela.
Cambios toman por lo menos 3 a 4 días hábiles.

Estado de la solicitud

Califica para el servicio de autobús ☐ No califica para el servicio de autobús: ☐ Solicitud de servicio de autobús por suscripción: ☐

Fecha de inicio del transporte: _____ Número de autobús _____

Parada de autobús: _____

Notificación a los padres o tutores (fecha): _____

******IMPORTANTE******

La secretaria del colegio se pondrá en contacto con el padre/tutor para programar una cita para finalizar la inscripción.

Grades PreK - Kindergarten	Grades 5-8
(PreK) **Bryant Elementary School** One Tryon Avenue David Deubel, Principal Contact: Antonia Hernandez - (201) 833-3976 or Venessa Watt-St. Clair, Secretary - (201) 833-5545 **(K)** **Theodora Smiley Lacey Elementary School** One Merrison Street Leslie Abrew King, Principal Contact: Chanon McDuffie, Secretary - (201) 862-2508 or Kelly Cambridge - (201) 862-2509	**Benjamin Franklin Middle School** 1315 Taft Road Terrence Williams, Principal Marina Williams, Assistant Principal Jahari Jacobs, Assistant Principal Contact: Gulshir Khan, Secretary - (201) 833-5451 Contact: Jennifer Henry, Guidance Secretary - (201) 833-5455 **Thomas Jefferson Middle School** 655 Teaneck Road Nina Odatalla, Principal Ramon Ortiz, Assistant Principal Jahari Jacobs, Assistant Principal Contact: Gina Geronimo, Secretary - (201) 833-5471 Contact: Nicole Fernandez, Guidance Secretary (201) 833-5475
Grades 1-4	**Grades 9-12**
Whittier Elementary School 491 West Englewood Avenue Debra Nussbaum, Principal Contact: Tracey Strand-Coley, Secretary - 201-833-5535 **Hawthorne Elementary School** 201 Fycke Lane Emilio Jeanette, Principal Contact: Dawn Santamaria, Secretary - (201)833-5540 **Lowell Elementary School** 1025 Lincoln Place Pedro Valdes, Principal Contact: Karen Munoz, Secretary - (201) 833-5550	**Teaneck High School** 100 Elizabeth Avenue Piero LoGiudice, Principal Margot Mack, Assistant Principal Gabriel Tavarez, Assistant Principal Contact: Michaela Freemantle, Secretary 201-833-5401 Contact: Greg Castro, Guidance Secretary - (201) 833-5426 **El Departamento de Orientación de la escuela secundaria revisará las boletas de calificaciones y transcripciones de todos los estudiantes entrantes de la escuela secundaria para su aprobación antes de la inscripción.**

TEANECK BOARD OF EDUCATION

Andre D. Spencer, Ed.D.
Superintendent of Schools
Superintendent@teaneckschools.org

Shellian Mirander
Director of Special Education & Nursing Services, Elementary Education
Smirander@teaneckschools.org

TEANECK PUBLIC SCHOOLS

Requisitos de los servicios de salud escolar

Estimados padres/tutores:

Para completar la inscripción de su hijo/a a la escuela, debe presentar los siguientes comprobantes:

★ EXAMEN FÍSICO

- Se requiere un examen físico dentro de los 365 días previos al ingreso a la escuela o dentro de los 30 días posteriores al ingreso.
- Es posible que se requiera una prueba de tuberculosis (TB) si se ingresa desde el extranjero.
- El examen físico debe realizarse en el Formulario de Examen Físico de Teaneck o en el Formulario de Salud Universal, que incluye la misma información.
- El proveedor de atención médica de su hijo/a debe firmar y sellar el formulario e indicar si su hijo/a está autorizado/a para todas las actividades o si tiene restricciones.
- El proveedor de atención médica también debe indicar cualquier alergia, medicamento otros problemas de salud, como asma, diabetes y antecedentes de convulsiones.

★ VACUNACIONES

- Las vacunas deben estar al día según los requisitos del estado de Nueva Jersey.
- Debe ser un documento OFICIAL transcrito en inglés.

Thank you in advance for your cooperation. We look forward to serving your child in a healthy environment at school.

Respectfully,
Teaneck School Nurses

TEANECK PUBLIC SCHOOLS
MEDICAL DEPARTMENT

PHYSICIAL EXAMINATION

Name: _____ Age: _____ Date of Birth: _____ Home Phone: _____
Address: _____ City/State/Zip: _____
School: _____ Grade: _____ Sex: _____
Physician: _____ Phone: _____ Fax Number: _____
Address: _____ City/State/Zip: _____

PHYSICIAN OR PROVIDER INFORMATION – PLEASE COMPLETE BOTH PAGES

Exam Date: _____ Height: _____ Weight: _____ Blood Pressure: ____/____ Pulse: ____ bpm.

Vision: R 20/ ____ L 20/ ____ Corrected: Y N Contacts: Y N Glasses: Y N Hearing: _____

	Normal	Abnormal Findings	Comments
General Appearance			
Head/Neck			
Eye/Sclera/Pupils			
Ears			
Gross Hearing			
Nose/Mouth/Throat			
Lymph Glands			
Heart: Murmurs/Rhythms			
Lungs: Auscultation/Percussion			
Chest Contour			
Skin			
Abdomen: Assessment (inc. liver, spleen)			
Tanner Stage: Testes/Onset of Menses			
Hernia	Absent		
Neck/Back/Spin: Range of Motion			
Scoliosis	Absent		
Upper Extremities			
Lower Extremities			
Neurological: Balance & Coordination Romberg:			
Evidence of Marfan Syndrome	Absent		

Most recent Immunizations/Dates: _____
Medications currently in use: _____
Additional Observations/comments: _____
_____

Continued on back page

HISTORY: ***Please complete all areas where disease or alterations have occurred and explain below.***

_____ Allergies/Anaphylaxis	_____ Eczema/Skin	_____ Hospitalizations/Surgery
_____ Asthma/Respiratory	_____ Endocrine	_____ Musculoskeletal
_____ Cardiovascular/Murmur	_____ Gastrointestinal	_____ Neurological/Seizures
_____ Childhood diseases	_____ Genitourinary	_____ Other

Explanation/Comments: _____
_____

CLEARANCE:

A. Student may participate in physical education and all sports: Yes ____ No ____ Date: _____

B. Cleared after completing evaluation for: _____

C. **NOT CLEARED FOR:** Collision _____ Contact _____ Non-Contact _____
Strenuous _____ Moderate _____ Non-Strenuous _____

Diagnosis: _____

Recommendations: _____

EXAMINED BY: Physician's/Provider's Stamp:

Family Physician/ Provider: ☐
School Physician: ☐
License Type:
MD/DO ☐
APN ☐
PA ☐

Physician's/Provider's Signature: _____ Today's Date: _____

VACCINE	TOTAL #DOSES	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE
DPT/DTaP						
Tdap						
OPV						
IPV						
MMR						
Measles						
Mumps						
Rubella						
Hepatitis B						
HIB / Prohibit						
Varicella						
Pneumococcal (PCV7)						
Meningococcal						
RSV						
Gardisil						

Lead: Date Performed: _____ Record Value _____

Tuberculosis Testing

Mantoux tests: Date: _____ Result: _____ Date: _____ Result: _____
Chest x-ray Date: _____Result: _____
INH Therapy: Date Started: _____ Dosage: _____ How Long: _____