GRADE: ☐K-5 ☐6-8 ☑ 9-12

LINDEN PUBLIC SCHOOLS

RESPECT FOR DIVERSITY - EXCELLENCE IN EDUCATION - COMMITMENT TO SERVICE

District Registration Packet

Central Registration • 100 Edgewood Road, Door #1 • Linden, NJ 07036
908-986-9307
registration@lindenps.org

ALL PAGES OF THIS PACKET MUST BE FILLED OUT COMPLETELY.

DOCUMENTS REQUIRED AT TIME OF REGISTRATION

☐ **Original Birth Certificate or Passport**

**A LEGAL PARENT MUST BE PRESENT AT THE TIME OF REGISTRATION. If the individual registering the student is not the legal parent, Proof of Custody must be provided at that time. **

If applicable: ☐Proof of Custody *(Court Order, Judgment, or Power of Attorney)*

Notarized letters are not acceptable as proof of custody. In this situation, an affidavit will be required, and must be completed prior to registration.

☐ **Parent/Guardian Photo I.D.**

☐ **"6 Points" Proof of Residency (see page 2)**

If required: ☐Affidavit *(Must be completed with an Attendance Officer)*

☐ **Immunization/Vaccination Record**

IF NOT IN ENGLISH, IT MUST BE TRANSLATED BY A DOCTOR

REQUIRED IF STUDENT IS COMING FROM ANOTHER NJ PUBLIC SCHOOL:

☐ **Transfer Card/Form/Papers**

REQUIRED IF STUDENT IS COMING FROM A PRIVATE SCHOOL, OR OUTSIDE OF NJ:

☐ **Most recent report card and/or transcript**

If applicable: ☐Copy of current IEP or 504

Registration is by APPOINTMENT ONLY, available at the following dates and times:

Monday	8:30 AM – 12:00 PM; 1:30 – 2:30 PM
Tuesday	8:30 AM – 12:00 PM; 1:30 – 2:30 PM
Wednesday	8:30 AM – 11:00 AM
Thursday	8:30 AM – 12:00 PM; 1:30 – 2:30 PM
Friday	8:30 AM – 12:00 PM; 1:30 – 2:30 PM

Please note: *These hours are subject to change without notice. The Central Registration office follows the Linden Public Schools calendar for holidays and closures. During Summer Hours, the office is closed on Fridays through August and hours may differ slightly. Please call for more information.*

[Revised 12/13/2021]

GRADE: ☐K-5 ☐6-8 ☑ 9-12

LINDEN PUBLIC SCHOOLS

RESPECT FOR DIVERSITY - EXCELLENCE IN EDUCATION - COMMITMENT TO SERVICE

District Registration Packet

Central Registration • 100 Edgewood Road, Door #1 • Linden, NJ 07036
908-986-9307
registration@lindenps.org

TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE PAQUETE DEBEN LLENARSE COMPLETAMENTE.

DOCUMENTOS REQUERIDOS AL MOMENTO DEL REGISTRO

☐ **Acta De Nacimiento o Pasaporte Original**

UN PADRE LEGAL DEBE ESTAR PRESENTE AL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN. Si la persona que registra al estudiante no es el padre legal, se debe proporcionar prueba de custodia en ese momento.

Si es aplicable: ☐Prueba de Custodia *(Orden judicial, fallo o poder notarial)*

Las cartas notariadas no son aceptables como prueba de custodia. En esta situación, se requerirá una declaración jurada y se debe completer antes del registro.

☐ **Identificación con foto del padre/tutor**

☐ **"6 Puntos" Comprobante de residencia (consulte la página 2)**

Si es aplicable: ☐Declaración jurada *(debe completarse con un oficial de asistencia)*

☐ **Registro de immunizaciones/vacunaciones**

SI NO ESTÁ EN INGLÉS, DEBE SER TRADUCIDO POR UN MÉDICO

SE REQUIERE SI EL ESTUDIANTE VIENE DE OTRA ESCUELA PÚBLICA DE NJ:

☐ **Transferir Tarjeta /Formulario /Papeles**

SE REQUIERE SI EL ESTUDIANTE VIENE DE UNA ESCUELA PRIVADA O FUERA DE NJ:

☐ **Boleta de calificaciones y / o expediente académico más reciente**

Si es aplicable: ☐ Copia del IEP actual o 504

La inscripción es SOLAMENTE CON CITA, disponible en las siguientes fechas y horarios:

Lunes	8:30 AM – 12:00 PM; 1:30 – 2:30 PM
Martes	8:30 AM – 12:00 PM; 1:30 – 2:30 PM
Miércoles	8:30 AM – 11:00 AM
Jueves	8:30 AM – 12:00 PM; 1:30 – 2:30 PM
Viernes	8:30 AM – 12:00 PM; 1:30 – 2:30 PM

Tenga en cuenta: *estas horas están sujetas a cambios sin previo aviso. La oficina de Registro Central sigue el calendario de las Escuelas Públicas de Linden para los días festivos y cierres. Durante el horario de verano, la oficina está cerrada los viernes hasta agosto y el horario puede diferir levemente. Llame para obtener más información.*

[Revisado 12/13/2021]

Linden Public Schools
"6 Points" for Proof of Residency

As per N.J.A.C 6A:22-3.4, and Linden Public Schools Policy 5111, parents/legal guardians registering students into Linden Public Schools must provide proof of residency. Linden Public Schools uses a 6-point system to fulfill this requirement.

At the time of registration, parents/legal guardians must provide:

☐ **Mortgage, Deed, Property Tax Bill, or Closing Documents/Contract of Sale [3 points]**

OR

☐ **Complete copy of Lease or Leasing Agreement [1 point]**

In the event one of the above documents cannot be provided, an affidavit for residency will be required. Affidavits may only be picked up in person from the Central Registration office.

The remaining documentation may be any combination of the documents below, as long as the point value totals at least 6 points. All documents must be dated within 30 days of the time of registration:

☐ Gas Bill **[2 points]**	☐ Water Bill **[2 points]**	☐ Electric Bill **[2 points]**
☐ Pay Stub **[2 points]**	☐ Cable Bill **[2 points]**	☐ Car Registration **[2 points]**
☐ Car Insurance **[2 points]**	☐ Government Mail **[2 points]**	☐ Bank Statement **[1 point]**
☐Cell Phone Bill **[1 point]**	☐ Credit Card Bill **[1 point]**	☐ NJ Driver's License/State ID **[1 point]**
☐ Letter from Doctor, Lawyer, or Court **[1 point]**		

Please note, all applicants must physically reside in Linden, in addition to providing proof of residency. The district reserves the right to investigate the residency of all students. Should the district discover that a student is not a resident of Linden, the district may assess the parent/guardian the full cost of tuition for any period of ineligible attendance.

By signing this, you state that you understand this requirement, and agree to provide the required documentation.

_____ _____

Signature of Parent/Legal Guardian *Date*

Linden Public Schools
"6 Points" for Proof of Residency

Según N.J.A.C 6A: 22-3.4 y la Política 5111 de las Escuelas Públicas de Linden, los padres / tutores legales que inscriben a los estudiantes en las Escuelas Públicas de Linden deben proporcionar prueba de residencia. Las Escuelas Públicas de Linden utilizan un sistema de 6 puntos para cumplir con este requisito.

En el momento de la inscripción, los padres / tutores legales deben proporcionar:

☐ **Hipoteca, escritura, factura de impuestos sobre la propiedad o documentos de cierre contrato de venta [3 puntos]**

O

☐ **Copia completa del contrato de arrendamiento o arrendamiento [1 punto]**

En caso de que no se pueda proporcionar uno de los documentos anteriores, se requerirá una declaración jurada de residencia. Las declaraciones juradas solo se pueden recoger en persona en la oficina de registro central.

La documentación restante puede ser cualquier combinación de los documentos a continuación, siempre que el valor en puntos totalice 6 puntos. Todos los documentos deben estar fechados dentro de los 30 días posteriores al momento del registro:

☐ Factura de gas **[2 puntos]**	☐ Factura de agua **[2 puntos]**	☐ Factura de electricidad **[2 puntos]**
☐ Recibo de pago **[2 puntos]**	☐ Factura de cable **[2 puntos]**	☐ Registro de automóvil **[2 puntos]**
☐ Seguro de automóvil **[2 puntos]**	☐ Correo del gobierno **[2 puntos]**	☐ Extracto bancario **[1 punto]**
☐ Factura del teléfono celular **[1 punto]**	☐ Factura de tarjeta de crédito **[1 punto]**	☐ Licencia de conducir / identificación estatal de NJ **[1 punto]**
☐ Carta del médico, abogado o tribunal **[1 punto]**		

Tenga en cuenta que todos los solicitantes deben residir físicamente en Linden, además de proporcionar prueba de residencia. El distrito se reserva el derecho de investigar la residencia de todos los estudiantes. Si el distrito descubre que un estudiante no es residente de Linden, el distrito puede evaluar al padre / tutor el costo total de la matrícula por cualquier período de asistencia no elegible.

Al firmar esto, declara que comprende este requisito y acepta proporcionar la documentación requerida.

_____ _____

Firma del padre / tutor legal *Fecha*

LINDEN PUBLIC SCHOOLS ☐ Student previously attended Linden Schools
CENTRAL REGISTRATION ☐ Student received services through TEDDY

PLEASE PRINT CLEARLY

Student Name: _____ Grade: _____ ID: _____

Country of Origin/Birth (if **not USA**):_____

DOB: _____/_____/_____ Date Entered United States: _____/_____/_____

Language/s spoken at home: ☐ English ☐ Spanish ☐ French ☐ Creole ☐ Arabic ☐ Chinese

☐ Other (Please specify): _____

YOU MAY ONLY CHECK ONE:

Student's Dominant Language: ☐ English ☐ Spanish ☐ French ☐ Creole ☐ Arabic ☐ Chinese

☐ Other (Please specify): _____

Address: _____

Parent/Guardian Name(s): (PLEASE PRINT) _____

Relationship: ☐Parent/Guardian ☐Sister/Brother ☐Grandparent ☐Aunt/Uncle ☐Other: _____

(PLEASE PRINT) _____

Relationship: ☐Parent/Guardian ☐Sister/Brother ☐Grandparent ☐Aunt/Uncle ☐Other: _____

Home Telephone#: _____ Email Address: _____

P/G Cell Phone#: _____ P/G Cell Phone#: _____

☐Verizon ☐AT&T ☐TMobile/Sprint ☐Metro ☐Other ☐Verizon ☐AT&T ☐TMobile/Sprint ☐Metro ☐Other

☐Mom ☐Dad ☐Other: _____ ☐Mom ☐Dad ☐Other: _____

P/G @ Work#: _____ P/G @ Work#: _____

☐Mom ☐Dad ☐Other: _____ ☐Mom ☐Dad ☐Other: _____

Emergency Contact: _____ Phone Number: _____

Relationship: ☐Parent/Guardian ☐Sister/Brother ☐Grandparent ☐Aunt/Uncle ☐Other: _____

Emergency Contact: _____ Phone Number: _____

Relationship: ☐Parent/Guardian ☐Sister/Brother ☐Grandparent ☐Aunt/Uncle ☐Other: _____

Emergency Contact: _____ Phone Number: _____

Relationship: ☐Parent/Guardian ☐Sister/Brother ☐Grandparent ☐Aunt/Uncle ☐Other: _____

Has/Does a parent/guardian served/serve in the Armed Forces? ☐**Yes** ☐No

If Yes: Branch: _____ Rank: _____ Retired? ☐Y ☐N

If Yes: Parent/Guardian Name: _____

LINDEN PUBLIC SCHOOLS
CENTRAL REGISTRATION

☐ El estudiante asistió previamente a las Escuelas Linden
☐ El estudiante recibió servicios a través de TEDDY

POR FAVOR, IMPRIMA CLARAMENTE

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ ID: _____

País de origen/nacimiento (**si no es USA**):_____

DOB: _____/_____/_____ Fecha de entrada en Estados Unidos: _____/_____/_____

Idioma/s hablados en casa: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Francés ☐ Criollo ☐ Árabe ☐ Chino

☐ Otro (Especificar): _____

SOLO PUEDE VERIFICAR UNO:
Idioma dominante del estudiante: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Francés ☐ Criollo ☐ Árabe ☐ Chino

☐ Otro (Especificar): _____

Dirección: _____

Nombre(s) del Padre/ Guardián: (POR FAVOR IMPRIMIR) _____
Relación: ☐Padre/Guardián ☐Hermano/Hermana ☐ Abuelo/ Abuela ☐ Tío /Tía ☐Otra: _____

(POR FAVOR IMPRIMIR)_____
Relación: ☐Padre/Guardián ☐Hermano/Hermana ☐ Abuelo/ Abuela ☐ Tío /Tía ☐Otra: _____

Teléfono de casa#: _____ Dirección de correo electrónico: _____

P/G teléfono celular #: _____ P/G teléfono celular #: _____
☐Verizon ☐AT&T ☐TMobile/Sprint ☐Metro ☐Other ☐Verizon ☐AT&T ☐TMobile/Sprint ☐Metro ☐Other
☐Madre ☐Padre ☐Otro: _____ ☐Madre ☐Padre ☐Otro: _____

P/G en el trabajo #: _____ P/G en el trabajo #: _____

☐Madre ☐Padre ☐Otro: _____ ☐Madre ☐Padre ☐Otro: _____

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____
Relación: ☐Padre/Guardián ☐Hermano/Hermana ☐ Abuelo/ Abuela ☐ Tío /Tía ☐Otra: _____

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____
Relación: ☐Padre/Guardián ☐Hermano/Hermana ☐ Abuelo/ Abuela ☐ Tío /Tía ☐Otra: _____

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____
Relación: ☐Padre/Guardián ☐Hermano/Hermana ☐ Abuelo/ Abuela ☐ Tío /Tía ☐Otra: _____

¿Ha servido/sirve un padre/tutor en las Fuerzas Armadas de USA? ☐ **Sí** ☐No

En caso afirmativo: Rama: _____ Rango: _____ ¿Retirado? ☐ Sí ☐No

En caso afirmativo: Nombre del Padre/ Guardián: _____

LINDEN PUBLIC SCHOOLS

Department of World Languages, Bilingual/ESL

Rocco G. Tomazic, Ed.D
Interim Superintendent

Kevin LaMastra
Supervisor
2 E. Gibbons Street, Linden, NJ 07036
PHONE (908) 486-2800 EXT. 8029
klamastra@lindenps.org

Home Language Survey

Purpose

The home language survey is used solely to offer appropriate educational services (U.S. ED EL Toolkit, Chapter 1). This survey is the first of three steps to identify whether a student is eligible to be identified as an English language learner (ELL). "Home" is defined as a student's current place of residence.

Student Information

Student Name: _____

Date of Birth (MM/DD/YYYY): _____

Current Address: _____

Survey Questions

1. List all languages used in the student's home:

_____

2. Was the first language used by the student a language other than English?

☐ No
☐ Yes

3. Does the student speak or understand a language other than English?

☐ No
☐ Yes

4. When interacting with others at home (example: parents, guardians, siblings), does the student understand or use a language other than English *most of the time*?

☐ No
☐ Yes

5. When interacting with others outside the home (example: friends, caregivers), does the student understand or use a language other than English *most of the time*?

☐ No
☐ Yes

LINDEN PUBLIC SCHOOLS

Department of World Languages, Bilingual/ESL

Rocco G. Tomazic, Ed.D
Interim Superintendent

Kevin LaMastra
Supervisor
2 E. Gibbons Street, Linden, NJ 07036
PHONE (908) 486-2800 EXT. 8029
klamastra@lindenps.org

ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA

Objetivo

La encuesta sobre el idioma que se habla en casa se utiliza únicamente con el fin de ofrecer los servicios educativos apropiados (según U.S. ED EL Toolkit, Chapter 1). Esta encuesta es el primero de tres pasos para determinar si el estudiante es elegible para ser identificado como estudiante de inglés (English Language Learner o ELL por sus siglas en inglés). "Casa" es definido como el lugar de residencia actual del estudiante.

Información del Estudiante

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Dirección actual: _____

Preguntas de la Encuesta

1. Liste todos los idiomas que se hablan en la casa del estudiante.

_____

2. ¿Fue el primer idioma del estudiante otro idioma distinto del inglés?

☐ No
☐ Si

3. ¿Habla o entiende el estudiante un idioma distinto del inglés?

☐ No
☐ Si

4. Cuando el estudiante se relaciona con otros en casa (por ejemplo: padres, guardianes, o hermanos), ¿puede éste entender o utilizar otro idioma distinto del inglés *la mayoría del tiempo?*

☐ No
☐ Si

5. Cuando el estudiante se relaciona con otros fuera de casa (por ejemplo: amigos, cuidadores), ¿puede éste entender o utilizar otro idioma distinto del inglés *la mayoría del tiempo?*

☐ No
☐ Si

LINDEN PUBLIC SCHOOLS

Special Education Department

170 Hussa St. Linden, NJ 07036

Rocco G. Tomazic, Ed.D
Interim Superintendent

Dr. Marie Stefanick
Director of Special Education
Phone: 908-587-3285

School:		
Student:	Grade	Birthday:
Parent/Guardian Name:		
Address:		
Phone Numbers:		

Has the above-named student received any Special Services and/or related services, i.e.;

	Yes	No
• Speech & Language services at previous school:	☐	☐
• Special Education Classes, such as:		
Resourse Center	☐	☐
In-Class Support	☐	☐
Self-Contained academic Classes	☐	☐
Alternative school placement	☐	☐
Special Transportation	☐	☐
Does your child have an IEP?	☐	☐
If yes, do you have IEP with you?	☐	☐
Do you have a 504 plan for your child	☐	☐

Previous School District: _____ Last day in attendance: _____
School: _____

Additional comments from parent/guardian:

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Parent/Guardian Signature Entry Date Into Linden

Please send this form with student IEP to: Special Education Department
Att: Dr. Marie Stefanick
mstefanick@lindenps.org

LINDEN PUBLIC SCHOOLS

Special Education Department

170 Hussa St. Linden, NJ 07036

Rocco G. Tomazic, Ed.D
Interim Superintendent

Dr. Marie Stefanick
Director of Special Education
Phone: 908-587-3285

Escuela:		
Estudiante:	Grado:	Fecha de nacimiento:
Nombre del Padre de Familia / Guardian:		
Dirección:		
Número de teléfono:		

¿Ha recibido el estudiante mencionado anteriormente algún servicio especial y / o servicios relacionados, es decir;

	Sí	No
• Servicios de habla y lenguaje en la escuela anterior:	☐	☐
• Clases de educación especial, como:		
Centro de Recursos	☐	☐
Soporte en clase	☐	☐
Clases académicas autónomas	☐	☐
Especial de colocación en escuela alternativa	☐	☐
Transporte	☐	☐
¿Su hijo tiene un IEP?	☐	☐
Si es así, ¿tiene el IEP con usted?	☐	☐
¿Tienes un plan 504 para tu hijo?	☐	☐

Distrito escolar anterior: _____ Último día de asistencia: _____
Escuela anterior: _____

Comentarios adicionales del padre / tutor:

_____
_____
_____
_____

_____ _____
Firma del Padre / Tutor Fecha de entrada en Linden

Envíe este formulario con el IEP del estudiante a: Special Education Department
Att: Dr. Marie Stefanick
mstefanick@lindenps.org

Linden Public Schools
Linden, NJ 07036

Parental/Guardian Consent Form

We are sending you this parental consent form to both inform you and to request permission for your child's photo/image and personally identifiable information to be both posted on the district website and released to local media outlets for possible publication.

As you are aware, there are potential dangers associated with the posting of personally identifiable information on a web site since global access to the Internet does not allow us to control who may access such information. These dangers have always existed; however, we as schools do want to celebrate your child and his/her work and accomplishments. The law requires that we ask for your permission to use information about your child.

Pursuant to law, we will not release any personally identifiable information without prior written consent from you as parent or guardian. Personally identifiable information includes student names, photo or image, residential address and phone numbers.

If you, as a parent or guardian, wish to rescind this agreement, you may do so at any time in writing by sending a letter to the principal of your child's school and such rescission will take effect upon receipt by the school.

Check one of the following choices:

- ☐ I/We GRANT permission for this student's photo/image and all other personal identifiers listed above to be both posted on the district website and released to local media outlets for possible publication.

- ☐ I/We DO NOT GRANT permission for this student's photo/image and all other personal identifiers listed above to be both posted on the district website and released to local media outlets for possible publication.

Student's Name: (please print) _____ Student's Grade: _____

Name of Parent/Guardian: (please print) _____

Signature of Parent/Guardian: (sign) _____

Relation to Student _____

Date: _____

Linden Public Schools

Linden, NJ 07036

Formulario de Consentimiento del Padre/Guardián

Le enviamos este formulario de consentimiento de los padres para informarle y pedirle permiso para que la foto/imagen de su hijo/a, e información que pueden identificarlo/a personalmente sea colgada en la página web del distrito y distribuida por medios de difusión locales para posible publicación.

Como sabe, hay posibles peligros asociados con la difusión de información personal identificable en una página web debido a que el acceso global al Internet no nos permite controlar quien puede tener acceso a esta información. Estos peligros han existido siempre; sin embargo, nosotros como escuela queremos celebrar su hijo/a, su trabajo y logros. La ley requiere que le pidamos permiso para utilizar información sobre su hijo/a.

De acuerdo con la ley, nosotros no distribuiremos ninguna información personal identificable sin previo consentimiento escrito suyo como padre o guardián. Información personal identificable incluye nombres del alumno, foto o imagen, dirección de domicilio y números de teléfono.

Si usted, como padre o guardián, desea anular este acuerdo, usted podrá hacerlo si lo desea en cualquier momento, por escrito, enviando una carta al director/a de la escuela de su hijo/a y dicha anulación será efectiva al ser recibida por la escuela.

Escoja una de las siguientes opciones:

☐ Yo/Nosotros AUTORIZAMOS que la foto/imagen de este alumno y toda otra información personal mencionada arriba sea publicada en la página web del distrito y distribuida por medios de difusión locales para posible publicación.

☐ Yo/Nosotros NO AUTORIZAMOS que la foto/imagen de este alumno y toda otra información personal mencionada arriba sea publicada en la página web del distrito y distribuida por medios de difusión locales para posible publicación.

Nombre del Alumno: (POR FAVOR IMPRIMA)_____

Grado del alumno _____

Nombre del Padre/Guardián (POR FAVOR IMPRIMA) _____

Firma del Padre/Guardián: (firme) _____

Relación al alumno _____ _____

Fecha: _____

LINDEN PUBLIC SCHOOLS
ACCEPTABLE USE OF COMPUTER, NETWORKS and THE INTERNET

Student Agreement Form
(Please detach and return to school)

Please print:

Name of Student: _____ Date of Birth: _____

School: _____ Grade: _____ Home Room: _____

The purpose of the *Acceptable Use of the Internet Policy* is to support the Linden Public Schools commitment of providing avenues of access to the universe of information available. The district's system of electronic communication shall include access to the Internet all for students and staff.

To view the *Acceptable Use of the Internet Policy* go to the Linden Public Schools website:

www.linden.k12.nj.us – (*click* on **Quick Links**)

If you do not have access to this policy on-line, please contact your school's office.

I have read and agree to **Policy No. 6142.10, "Acceptable Use of the Internet"** and, as a parent/legal guardian of the minor student listed above, grant permission for my child to access networked computer services such as the Internet. I understand that individuals may be held liable for violations. I understand that as a parent or guardian, I may be held responsible for violations by my child. I understand that some sites on the Internet may be objectionable, but am aware that the Linden Public School District has attempted to provide safety precautions to protect my child from these objectionable sites.

I understand that if I want to revoke this permission, I need to send a written request to the principal of my child's school.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Home Address: _____

Telephone #'s: (Home) _____ (Cell) _____
……..

As a user of the Linden Public Schools computer network, I have read and hereby agree to comply with the above-stated rules entitled "Acceptable Use Policy for the Internet."

Student Signature: _____ Date: _____

…….....

I hereby give permission for my child's work, which may or may not be accompanied by the child's first name and/or photograph, to be electronically displayed and reproduced by the school district, and hereby release the Linden Public School District from any liability resulting from or connected with the publication of such work.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

LINDEN PUBLIC SCHOOLS
USO ACEPTABLE DE LA COMPUTADORA, RED y EL INTERNET

Formulario de Acuerdo del Estudiante
(Por favor separe y regrese a la escuela)

Por favor imprima:

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Aula: _____

El propósito de esta *Póliza de Uso Aceptable de Internet* es para apoyar el compromiso de las Escuelas Públicas de Linden de ofrecer vías de acceso al universo de información disponible. El sistema de comunicación electrónica del distrito deberá incluir acceso al Internet para todos los alumnos y empleados.

Para ver la *Póliza de Uso Aceptable de Internet* visite la página web de las Escuelas Públicas de Linden:

www.linden.k12.nj.us - (clic **Quick Links**)

Si usted no tiene acceso a esta póliza en la red, por favor contacte la oficina de su escuela.

He leído y estoy de acuerdo con **Policy No. 6142.10, "Acceptable Use of the Internet"** y, como padre/guardián del alumno menor mencionado arriba, doy permiso para que mi hijo/a acceda servicios de computadoras en red, como el internet. Entiendo que individuos pueden ser considerados responsables por violaciones. Entiendo que, como padre o guardián, yo puedo ser responsable por las violaciones de mi hijo/a. Entiendo que algunos espacios en el internet pueden ser censurables, pero soy consciente que el Distrito de Escuelas Públicas de Linden, Linden Public School District, ha intentado proveer precauciones de seguridad para proteger mi hijo/a de estos espacios censurables.

Entiendo que, si quiero revocar este permiso, necesito enviar una petición por escrito al director/a de la escuela de mi hijo/a.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono: (Casa) _____ (Celular)_____

……..……

Como usuario de la red de computadoras de las Escuelas Públicas de Linden, he leído y aquí acepto obedecer las reglas mencionadas arriba tituladas "Acceptable Use Policy for the Internet."

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

……..……

Yo aquí doy permiso para que el trabajo de mi hijo/a, el cual puede o no puede ser acompañado con el nombre del estudiante y/o foto, para que sea expuesto y reproducido por el distrito escolar, y por lo cual exenciono al distrito, Linden Public School District, de cualquier responsabilidad que resulte de o conectada con la publicación de dicho trabajo.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

LINDEN HIGH SCHOOL

121 WEST ST. GEORGES AVE.
LINDEN, NJ 07036
(908) 486-5432 Phone
(908) 486-1118 Fax

CHARLES KOONCE
Principal

REQUEST FOR RELEASE OF STUDENT RECORDS:

_____ _____

STUDENT NAME **BIRTH DATE**

To assist us in our evaluation and placement of this student, please forward all student records and pertinent information, including the following:

☐ Complete official transcript, including grades for this year up to date of withdrawal

☐ Complete attendance records

☐ Complete health records, including immunization records

☐ Standardized test results, including required state tests and other achievement and intelligence tests (HSPA/GEPA etc.)

☐ Other _____

AUTHORIZATION STATEMENT AND SIGNATURE

I authorize _____, Fax # _____
(Name of School prior to Linden High School)

to release the information specified above to Linden High School.

_____ _____

Signature of Parent/Guardian *Date*

LINDEN HIGH SCHOOL

121 WEST ST. GEORGES AVE.
LINDEN, NJ 07036
(908) 486-5432 Phone
(908) 486-1118 Fax

CHARLES KOONCE
Principal

REQUEST FOR RELEASE OF STUDENT RECORDS:
PETICIÓN DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS ACADÉMICOS

_____ _____
STUDENT NAME/NOMBRE DEL ALUMNO **BIRTH DATE/FECHA DE NACIMIENTO**

To assist us in our evaluation and placement of this student, please forward all student records and pertinent information, including the following:

_____ Complete official transcript, including grades for this year up to date of withdrawal

_____ Complete attendance records

_____ Complete health records, including immunization records

_____ Standardized test results, including required state tests and other achievement and intelligence tests (HSPA/GEPA etc.)

_____ Other_____

AUTORIZACIÓN Y FIRMA – *Lea y firme este formulario para que la escuela en la que se matricula pueda solicitar los registros académicos de su hijo(a)*

I authorize_____, Fax#: _____
(Nombre de la escuela anterior)

_____ _____
Firma del Padre/Guardián *Fecha*

Parental Objection for the Release of Student Information to Military Recruiters, College/University Recruiters or Prospective Employers

Dear Parent/Guardian;

Under the federal Elementary and Secondary Education Act, public high schools must give the names, addresses and telephone numbers of students to military recruiters, college/university recruiters and or prospective employers, if the recruiters request this information (P.L. 107-110 Section 9528:10 USC 503). However, students and or their parent/guardians have the right to instruct the school in writing that this information is not to be released.

If you do not consent to the release of this information to military recruiters, college/university recruiters and or prospective employers, please check the appropriate box or boxes below.

To be certain your wishes are respected; please return this form to the main office at Linden High School on or before September 30, 2016. Signed forms returned to school after due date will be effective after receipt by the main office.

☐ **DO NOT** release student contact information to Military Recruiters.

☐ **DO NOT** release student contact information to College/University Recruiters.

☐ **DO NOT** release student contact information to Prospective Employers.

Student Name (please print) Grade

Name of School

Signature** (Parent/Guardian or Student) Date

**Students have the right to request that contact information not be released to recruiters. Parents/Guardians can override their child's decision by notifying the school in writing, only if the student is under the age of 18. We encourage parents/guardians and students to discuss the information.

Objeción de los Padres al Comparto de Información del Estudiante con Reclutadores de los Servicios Militares, Reclutadores de Universidades o Posibles Empleadores

Queridos Padres/Guardianes:

Bajo la ley federal de Elementary and Secondary Education Act, los bachilleratos públicos deben dar los nombres, direcciones y teléfonos of los alumnos a reclutadores de los servicios militares, reclutadores de universidades y/o posibles empleadores, si los reclutadores piden esta información (P.L. 107-110 Section 9528:10 USC 503). Sin embargo, estudiantes y/o sus padres/guardianes tienen el derecho de informar a la escuela por escrito que esta información no puede ser compartida.

Si usted no consiente al comparto de esta información con reclutadores de los servicios militares, reclutadores de universidades y/o posibles empleadores, por favor marque la caja/s apropiadas abajo.

Para asegurarnos que sus deseos son respetados, por favor regrese este formulario a la oficina principal del High School de Linden antes del 30 de Septiembre del 2016. Los formularios firmados que sean regresados a la escuela después de la fecha límite serán efectivos tras ser recibidos por la oficina principal.

☐ **NO QUIERO** que compartan la información de contacto del estudiante con Reclutadores Militares.

☐ **NO QUIERO** que compartan la información de contacto del estudiante con Reclutadores Universitarios.

☐ **NO QUIERO** que compartan la información de contacto del estudiante con Posibles Empleadores.

_____

Nombre del Estudiante (Por favor Imprima) Grado

_____

Nombre de la Escuela

_____

Firma** (Padre/Guardián o Estudiante) Fecha

**Los estudiantes tienen el derecho de pedir que la información de contacto no sea compartida con reclutadores. Padres/Guardianes pueden anular la decisión de su hijo/a notificando la escuela por escrito, solamente si el estudiante es menor de 18 años. Sugerimos a padres/guardianes y estudiantes que hablen de la información.

LINDEN PUBLIC SCHOOLS
2 East Gibbons Street, Linden, NJ 07036

Michael Firestone
Director of Health, Physical Education, Medical Services, and Athletics
(908) 486-7085

Linden Athletic Department
Sports History Questionnaire

Did you play any of the following sports in your previous school? YES / NO

(Please check all that apply)

- ___Football
- ___Soccer
- ___Cross Country
- ___Tennis
- ___Volleyball
- ___Basketball
- ___Wrestling
- __Track
- __Swimming
- __Bowling
- __Baseball
- __Softball
- __Cheer

_____
Student Name (PLEASE PRINT) Birthdate

_____
Previous School Attended (PLEASE PRINT)

_____
Student Signature Date

_____
Parent/Guardian Signature Date

LINDEN PUBLIC SCHOOLS
2 East Gibbons Street, Linden, NJ 07036

Michael Firestone
Director of Health, Physical Education, Medical Services, and Athletics
(908) 486-7085

Linden Athletic Department
Encuesta del Historial Deportivo

¿Has jugado alguno de estos deportes en la escuela anterior? SI / NO

(Escoge todas las que aplican)

___Fútbol Americano
___Fútbol
___Cross Country
___Tenis
___Vóleibol
___Baloncesto
___Lucha libre

__Atletismo
__Natación
__Bowling
__Béisbol
__Softball
__Animador/a

_____
Nombre del Alumno/a (POR FAVOR IMPRIMA) Fecha de Nacimiento

_____
Nombre de la escuela anterior (POR FAVOR IMPRIMA)

_____
Firma del Estudiante Fecha

_____
Firma del Padre/Guardián Fecha

LINDEN PUBLIC SCHOOLS
Linden, New Jersey 07036

GROWTH AND DEVELOPMENT HISTORY **REGISTRATION DATE: _____**
(Please Print)

_____/_____/_____ _____
Child's Last Name First Middle Date of Birth

Did child ever attend a Linden Public School? Yes_____ No_____

_____
Address (Number, Street, City, Zip Code)

Telephone #: Home_____
Work_____
Cell_____
Emergency #: _____

Siblings:_____ _____
Name Age

_____ _____
Parent/Guardian (Father) Parent/Guardian (Mother)

Does your child have: **(Please circle Yes or No)**

Frequent Colds	Yes / No	Chronic Cough	Yes / No	Difficulty focusing/	
Bronchitis	Yes / No	Hearing Loss	Yes / No	concentrating	Yes / No
Frequent Sore Throats	Yes / No	Poor Posture	Yes / No		
Speech Difficulties	Yes / No	Emotional Problems	Yes / No		
Earaches/Discharge	Yes / No	Vision Loss	Yes / No		
Weight Problem	Yes / No	Eye Injury	Yes / No		
Poor Eating Habits	Yes / No	Eye Disease	Yes / No		
Difficulty Sleeping	Yes / No	Eye glasses prescribed	Yes / No		

Development: Age Walked_____ Age Talked _____

Family History: **(Please Circle)**

Tuberculosis	Kidney Conditions	Asthma	Cancer
Diabetes	Heart Disease	Deafness	Allergies

Does your child have a history of: **(Please circle-give dates)**

Allergy*****	Enuresis (bed wetting)	Mononucleosis	Tonsillitis	Operations: Appendectomy_____
Asthma	Heart Disease	Pneumonia	Tuberculosis	Hernia_____
Attention Deficit Disorder	Hepatitis	Rheumatic Fever		Tonsils removed_____
Chickenpox	Hernia	Scarlet Fever		Ear operation_____
Diabetes	High Fever	Seizures		Other_____

******Allergy to: Medication_____, Food_____, Seasonal_____, Other_____

Taking Medication Now _____If yes, what and why?_____

Hospitalization _____If yes, what and why?_____

Please list other childhood diseases, accidents, problems or medical tests._____

I give my consent to have my child's medical information shared, when necessary, with school personnel to insure proper care and treatment while my child is in school and/or participating in school sponsored activities.

_____ _____
Parent/Guardian Signature Date

LINDEN PUBLIC SCHOOLS
Linden, New Jersey 07036

HISTORIAL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO **FECHA MATRÍCULA: _____**
(Por Favor Imprima)

_____/_____/_____
Apellido del menor Nombre Fecha Nacimiento

¿Ha asistido el menor alguna vez a las Escuelas Públicas de Linden? ___ Si ___No

Dirección (Número, Calle, Ciudad, Código Postal)

Teléfono: Casa _____
Trabajo _____
Celular _____

Hermanos: _____
Nombre Edad

Teléfono Emergencia: _____

Padre/Guardián (Padre)

Padre/Guardián (Madre)

¿Tiene su hijo/a: (Por favor ponga un círculo a Si o No)

Catarros Frecuentes	Si / No	Tos crónica	Si / No	Dificultad enfocándose/ concentrándose Si/No
Bronquitis	Si / No	Pérdida de oído	Si / No	
Irritación de garganta frecuente	Si / No	Mala postura	Si / No	
Dificultad del habla	Si / No	Problemas emocionales	Si / No	
Dolor de oídos/descarga	Si / No	Pérdida de la vista	Si / No	
Malos hábitos de comida	Si / No	Herida en el ojo	Si / No	
Malos hábitos de dormir	Si / No	Enfermedad del ojo	Si / No	
Dificultad para dormir	Si / No	Gafas de prescripción	Si / No	

Desarrollo: Edad a la que Caminó _____ Edad a la que habló _____

Historial Familiar: **(Por favor ponga un círculo la que aplique)**

Tuberculosis	Enfermedad en el Riñón	Asma	Cáncer
Diabetes	Enfermedad del Corazón	Sordera	Alergias

Tiene su hijo/a historial de: **(Por favor ponga un círculo a la que corresponda y de fechas)**

Alergia ******	Enuresis (moja la cama)	Mononucleosis	Tonsilitis	Operaciones: Apendicitis _____
Asma	Problemas de corazón	Neumonía	Tuberculosis	Hernia _____
Desorden de Deficiencia de Atención	Hepatitis	Fiebre Reumática		Amígdalas _____
Varicela	Hernia	Fiebre Escarlatina		Operación de oído _____
Diabetes	Fiebre Alta	Convulsiones		Otra _____

********Alergia a: Medicina _____, Comida _____, Estacional _____, Otro _____**
Está Tomando Medicina Ahora _____ Si, ¿lo qué y por qué? _____
Hospitalización _____Si, ¿lo qué y por qué? _____
Por favor escriba otras enfermedades, accidentes, problemas o pruebas médicas. _____

Doy consentimiento para que la información médica de mi hijo/a sea compartida, cuando sea necesario, con el personal de la escuela para asegurar el cuidado y tratamiento mientras mi hijo/a está en la escuela y/o participa en actividades escolares.

_____ _____
Firma del Padre/Guardián Fecha

LINDEN PUBLIC SCHOOLS
Linden, New Jersey 07036

Student's Name:_____

As I plan future activities and events, I want each experience to be meaningful and have your child be able to participate to the fullest extent. Therefore, it is very important for me to have the following information about your child:

*Does your child have any food allergies?

_____NO _____YES, PLEASE LIST:_____
_____
_____

*Any Other allergies?

_____NO _____YES, PLEASE LIST:_____
_____
_____

*Any special needs/conditions?

_____NO _____YES, PLEASE EXPLAIN:
_____

*Any other information I may need that could be found helpful?

_____NO _____YES, PLEASE EXPLAIN:

_____

Thank you for your continued support.

_____
SCHOOL NURSE

_____ _____
Parent/Guardian Signature Date

LINDEN PUBLIC SCHOOLS
Linden, New Jersey 07036

Nombre del Alumno/a:_____

Como parte de la planificación de actividades y eventos futuros, quiero que cada experiencia sea significativa y que su hijo/a pueda participar completamente. Por ello, es muy importante para mi tener la siguiente información sobre su hijo/a:

*Tiene su hijo/a alguna alergia a la comida?

_____NO _____SI, POR FAVOR INDIQUE:_____
_____
_____

*Alguna otra alergia?

_____NO_____SI, POR FAVOR INDIQUE:_____
_____
_____

*Alguna necesidad/condición especial?

_____NO_____SI, POR FAVOR INDIQUE:
_____

*Cualquier otra información que yo pueda necesitar y que pueda ser de ayuda?

_____NO_____SI, POR FAVOR EXPLIQUE:

_____

Gracias por su apoyo.

_____
ENFERMERO/A DE LA ESCUELA

_____ _____
Firma del Padre/Guardián Fecha

LINDEN PUBLIC SCHOOLS
DEPARTMENT OF MEDICAL INSPECTION
ACADEMY OF SCIENCE & TECHNOLOGY
128 WEST ST. GEORGES AVENUE
LINDEN, NEW JERSEY 07036

J. Schulman, D.O.
Chief Medical Inspector
Patricia Ryan-James, R.N.
Head School Nurse
(908) 486-2212 ext.8460
Fax (908) 925-8613

MEDICAL INFORMATION RELEASE

I authorize the Medical Department of the Linden Board of Education to disseminate all necessary medical information to the appropriate Board of Education Staff members, for the health and safety of my child.

This is in accordance with the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) AND THE Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

Student:_____

Parent/Guardian:_____

Date:_____

LINDEN PUBLIC SCHOOLS
DEPARTMENT OF MEDICAL INSPECTION
ACADEMY OF SCIENCE & TECHNOLOGY
128 WEST ST. GEORGES AVENUE
LINDEN, NEW JERSEY 07036

J. Schulman, D.O.
Chief Medical Inspector
Patricia Ryan-James, R.N.
Head School Nurse
(908) 486-2212 ext.8460
Fax (908) 925-8613

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo autorizo al Departamento Médico de la Junta Educativa de Linden, (Medical Department of the Linden Board of Education) a que distribuyan toda la información médica necesaria a los miembros apropiados de la Junta Educativa, para la salud y seguridad de mi hijo/a.

Esto está de acuerdo con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) y Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

Estudiante:_____

Padre/Guardián:_____

Fecha:_____

LINDEN PUBLIC SCHOOLS
DEPARTMENT OF MEDICAL INSPECTION
ACADEMY OF SCIENCE & TECHNOLOGY
128 WEST ST. GEORGES AVENUE
LINDEN, NEW JERSEY 07036

J. Schulman, D.O.
Chief Medical Inspector
Patricia Ryan-James, R.N.
Head School Nurse
(908) 486-2212 ext.8460
Fax (908) 925-8613

Date:_____

Dear Parent/Guardian:

For the _____ school year the medical department is asking that you fill out the information on whether you have or do not have health insurance. Please complete this form and return it to your child's school as soon as possible.

Child's Last Name_____First_____

Does your child have Health Insurance? Please check one of the following:

Yes_____If Yes, name of insurance company_____
No_____NJ FamilyCare provides free or low cost health insurance for uninsured children and certain low income parents.
For more information call 1-800-701-0710. You may release my name and address to the NJ FamilyCare Program to contact me about health insurance.

Signature:_____Printed Name:_____Date:_____
Written consent required pursuant to 20 U.S.C.1232g (b) (1) and 34 C.F.R. 99.30 (b).

9/11

LINDEN PUBLIC SCHOOLS
DEPARTMENT OF MEDICAL INSPECTION
ACADEMY OF SCIENCE & TECHNOLOGY
128 WEST ST. GEORGES AVENUE
LINDEN, NEW JERSEY 07036

J. Schulman, D.O.
Chief Medical Inspector
Patricia Ryan-James, R.N.
Head School Nurse
(908) 486-2212 ext.8460
Fax (908) 925-8613

Fecha:_____

Estimado Padre/Guardián:

Para el año escolar _____ el departamento médico pide que incluya la información referente a si tiene o no tiene seguro médico. Por favor complete este formulario y regréselo a la escuela de su hijo/a lo antes posible.

Apellido del Menor_____Nombre_____

¿Tiene su hijo/a seguro médico? Por favor escoja una de la siguientes**:**

Si_____Nombre de la compañía de seguro_____
No_____NJ FamilyCare ofrece seguros gratis o de bajo costo para menores que no tienen seguro e incluso para algunos padres de bajo recursos económicos.
Para más información llame al 1-800-701-0710. Ustedes pueden compartir mi nombre y dirección con el programa NJ FamilyCare para que se pongan en contacto conmigo en referencia a seguro médico.

Firma:_____Imprima Nombre:_____Fecha:_____
Consentimiento por escrito es necesario de acuerdo a las leyes 20 U.S.C.1232g (b) (1) and 34 C.F.R. 99.30 (b).

9/11

APPENDIX H

UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD

Endorsed by: *American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter*
New Jersey Academy of Family Physicians
New Jersey Department of Health

SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT(S)

Child's Name *(Last)* *(First)*	Gender ☐ Male ☐ Female	Date of Birth / /

Does Child Have Health Insurance? ☐Yes ☐No	If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier

Parent/Guardian Name	Home Telephone Number ( ) -	Work Telephone/Cell Phone Number ( ) -
Parent/Guardian Name	Home Telephone Number ( ) -	Work Telephone/Cell Phone Number ( ) -

I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.

Signature/Date	This form may be released to WIC. ☐Yes ☐No

SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER

Date of Physical Examination: | Results of physical examination normal? ☐Yes ☐No

Abnormalities Noted:		
	Weight *(must be taken within 30 days for WIC)*	
	Height *(must be taken within 30 days for WIC)*	
	Head Circumference *(if <2 Years)*	
	Blood Pressure *(if ≥3 Years)*	

IMMUNIZATIONS ☐ Immunization Record Attached ☐ Date Next Immunization Due: _____

MEDICAL CONDITIONS

Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Medications/Treatments • List medications/treatments:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Allergies/Sensitivities • List allergies:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments

PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS

Type Screening	Date Performed	Record Value	Type Screening	Date Performed	Note if Abnormal
Hgb/Hct			Hearing		
Lead: ☐ Capillary ☐ Venous			Vision		
TB (mm of Induration)			Dental		
Other:			Developmental		
Other:			Scoliosis		

☐ ***I have examined the above student and reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is medically cleared to participate fully in all child care/school activities, including physical education and competitive contact sports, unless noted above.***

Name of Health Care Provider (Print)	Health Care Provider Stamp:
Signature/Date	

Instructions for Completing the Universal Child Health Record (CH-14)

Section 1 - Parent

Please have the parent/guardian complete the top section and sign the consent for the child care provider/school nurse to discuss any information on this form with the health care provider.

The WIC box needs to be checked only if this form is being sent to the WIC office. WIC is a supplemental nutrition program for Women, Infants and Children that provides nutritious foods, nutrition counseling, health care referrals and breast feeding support to income eligible families. For more information about WIC in your area call 1-800-328-3838.

Section 2 - Health Care Provider

1. Please enter the date of the physical exam that is being used to complete the form. Note significant abnormalities especially if the child needs treatment for that abnormality (e.g. creams for eczema; asthma medications for wheezing etc.)
   - **Weight** - Please note pounds vs. kilograms. If the form is being used for WIC, the weight must have been taken within the last 30 days.
   - **Height** - Please note inches vs. centimeters. If the form is being used for WIC, the height must have been taken within the last 30 days.
   - **Head Circumference** - Only enter if the child is less than 2 years.
   - **Blood Pressure** - Only enter if the child is 3 years or older.

2. **Immunization** - A copy of an immunization record may be copied and attached. If you need a blank form on which to enter the immunization dates, you can request a supply of Personal Immunization Record (IMM-9) cards from the New Jersey Department of Health, Vaccine Preventable Diseases Program at 609-826-4860. The Immunization record must be attached for the form to be valid.
   - "Date next immunization is due" is optional but helps child care providers to assure that children in their care are up-to-date with immunizations.

3. **Medical Conditions -** Please list any ongoing medical conditions that might impact the child's health and well being in the child care or school setting.

   a. Note any significant medical conditions or major surgical history. **If the child has a complex medical condition, a special care plan should be completed and attached for any of the medical issue blocks that follow.** A generic care plan (CH-15) can be downloaded at www.nj.gov/health/forms/ch-15.dot or pdf. Hard copies of the CH-15 can be requested from the Division of Family Health Services at 609-292-5666.

   b. **Medications -** List any ongoing medications. Include any medications given at home if they might impact the child's health while in child care (seizure, cardiac or asthma medications, etc.). Short-term medications such as antibiotics do not need to be listed on this form. Long-term antibiotics such as antibiotics for urinary tract infections or sickle cell prophylaxis should be included.

   PRN Medications are medications given only as needed and should have guidelines as to specific factors that should trigger medication administration. *Please be specific about what over-the-counter (OTC) medications you recommend, and include information for the parent and child care provider as to dosage, route, frequency, and possible side effects. Many child care providers may require separate permissions slips for prescription and OTC medications.*

   c. **Limitations to physical activity -** Please be as specific as possible and include dates of limitation as appropriate. Any limitation to field trips should be noted. Note any special considerations such as avoiding sun exposure or exposure to allergens. Potential severe reaction to insect stings should be noted. Special considerations such as back-only sleeping for infants should be noted.

   d. **Special Equipment** – Enter if the child wears glasses, orthodontic devices, orthotics, or other special equipment. Children with complex equipment needs should have a care plan.

   e. **Allergies/Sensitivities -** Children with life-threatening allergies should have a special care plan. Severe allergic reactions to animals or foods (wheezing etc.) should be noted. Pediatric asthma action plans can be obtained from The Pediatric Asthma Coalition of New Jersey at www.pacnj.org or by phone at 908-687-9340.

   f. **Special Diets** - Any special diet and/or supplements that are medically indicated should be included. Exclusive breastfeeding should be noted.

   g. **Behavioral/Mental Health issues** – Please note any significant behavioral problems or mental health diagnoses such as autism, breath holding, or ADHD.

   h. **Emergency Plans -** May require a special care plan if interventions are complex. Be specific about signs and symptoms to watch for. Use simple language and avoid the use of complex medical terms.

4. **Screening** - This section is required for school, WIC, Head Start, child care settings, and some other programs. This section can provide valuable data for public heath personnel to track children's health. Please enter the date that the test was performed. Note if the test was abnormal or place an "N" if it was normal.
   - For lead screening state if the blood sample was capillary or venous and the value of the test performed.
   - For PPD enter millimeters of induration, and the date listed should be the date read. If a chest x-ray was done, record results.
   - Scoliosis screenings are done biennially in the public schools beginning at age 10.

   This form may be used for clearance for sports or physical education. As such, please check the box above the signature line and make any appropriate notations in the Limitation to Physical Activities block.

5. Please sign and date the form with the date the form was completed (note the date of the exam, if different)
   - Print the health care provider's name.
   - Stamp with health care site's name, address and phone number.