



LINDEN PUBLIC SCHOOLS

RESPECT FOR DIVERSITY - EXCELLENCE IN EDUCATION - COMMITMENT TO SERVICE



2023-2024 Pre-Kindergarten Registration Packet
 Central Registration • 100 Edgewood Road • Linden, NJ 07036
 908-986-9307
 registration@lindenps.org

In order to be eligible to register for Pre-Kindergarten, students must be 4 years of age by October 1, 2023.

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

If applicable:

Transfer Papers from previous public school attended | Copy of current IEP or 504

All Pre-K and Kindergarten Registration is by **APPOINTMENT ONLY.**

→→→→→ We will begin scheduling appointments on January 3, 2023. ←←←←←

Please refer to the schedule below to plan accordingly.

MONDAY	TUESDAY	WEDNESDAY	THURSDAY
SCHOOLS 1 & 6: JANUARY 23 – JANUARY 26, 2023			
<i>January 23</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	<i>January 24</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	<i>January 25</i> 5:00 – 8:00 PM	<i>January 26</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM
SCHOOLS 2 & 8: JANUARY 30 – FEBRUARY 2, 2023			
<i>January 30</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	<i>January 31</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	<i>February 1</i> 5:00 – 8:00 PM	<i>February 2</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM
SCHOOLS 4 & 10: FEBRUARY 6 – FEBRUARY 9, 2023			
<i>February 6</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	<i>February 7</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	<i>February 8</i> 5:00 – 8:00 PM	<i>February 9</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM
SCHOOLS 5 & 9: FEBRUARY 13 – FEBRUARY 16, 2023			
<i>February 13</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	<i>February 14</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	<i>February 15</i> 5:00 – 8:00 PM	<i>February 16</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM

Please note: Upon completion of registration, all students are placed by the Early Childhood Education Department.



LINDEN PUBLIC SCHOOLS

RESPECT FOR DIVERSITY - EXCELLENCE IN EDUCATION - COMMITMENT TO SERVICE



2023-2024 Pre-Kindergarten Registration Packet
 Central Registration • 100 Edgewood Road • Linden, NJ 07036
 908-986-9307
 registration@lindenps.org

Para ser elegible para inscribirse en Pre-Kindergarten, los estudiantes deben tener 4 años de edad antes del 1 de octubre de 2023

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 completar 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 inmunizaciones/vacunaciones
SI NO ESTÁ EN INGLÉS, DEBE SER TRADUCIDO POR UN MÉDICO

Si es aplicable: Papeles de transferencia de la escuela pública anterior | Copia del IEP actual

Todas las inscripciones de Pre-K y Kindergarten **SOLAMENTE CON CITA.**

→→→→→ Comenzaremos a programar citas el 3 de enero de 2023. ←←←←←

Consulte el programa a continuación para planificar en consecuencia.

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES
ESCUELAS 1 Y 6: 23 DE ENERO – 26 DE ENERO DE 2023			
<i>23 de enero</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	<i>24 de enero</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	<i>25 de enero</i> 5:00 – 8:00 PM	<i>26 de enero</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM
ESCUELAS 2 Y 8: 30 DE ENERO – 2 DE FEBRERO DE 2023			
<i>30 de enero</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	<i>31 de enero</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	<i>1 de febrero</i> 5:00 – 8:00 PM	<i>2 de febrero</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM
ESCUELAS 4 Y 10: 6 DE FEBRERO – 9 DE FEBRERO DE 2023			
<i>6 de febrero</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	<i>7 de febrero</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	<i>8 de febrero</i> 5:00 – 8:00 PM	<i>9 de febrero</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM
ESCUELAS 5 & 9: 13 DE FEBRERO – 16 DE FEBRERO DE 2023			
<i>13 de febrero</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	<i>14 de febrero</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM	<i>15 de febrero</i> 5:00 – 8:00 PM	<i>16 de febrero</i> 8:30 – 11:30 AM 1:00 – 2:30 PM

Tenga en cuenta: Una vez completada la inscripción, todos los estudiantes son asignados por el Departamento de Educación Infantil.

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:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gas Bill [2 points] | <input type="checkbox"/> Water Bill [2 points] | <input type="checkbox"/> Electric Bill [2 points] |
| <input type="checkbox"/> Pay Stub [2 points] | <input type="checkbox"/> Cable Bill [2 points] | <input type="checkbox"/> Car Registration [2 points] |
| <input type="checkbox"/> Car Insurance [2 points] | <input type="checkbox"/> Government Mail [2 points] | <input type="checkbox"/> Bank Statement [1 point] |
| <input type="checkbox"/> Cell Phone Bill [1 point] | <input type="checkbox"/> Credit Card Bill [1 point] | <input type="checkbox"/> NJ Driver's License/State ID [1 point] |
| <input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> Factura de gas [2 puntos]	<input type="checkbox"/> Factura de agua [2 puntos]	<input type="checkbox"/> Factura de electricidad [2 puntos]
<input type="checkbox"/> Recibo de pago [2 puntos]	<input type="checkbox"/> Factura de cable [2 puntos]	<input type="checkbox"/> Registro de automóvil [2 puntos]
<input type="checkbox"/> Seguro de automóvil [2 puntos]	<input type="checkbox"/> Correo del gobierno [2 puntos]	<input type="checkbox"/> Extracto bancario [1 punto]
<input type="checkbox"/> Factura del teléfono celular [1 punto]	<input type="checkbox"/> Factura de tarjeta de crédito [1 punto]	<input type="checkbox"/> Licencia de conducir / identificación estatal de NJ [1 punto]
<input type="checkbox"/> 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 EARLY CHILDHOOD DEPARTMENT

Rocco G. Tomazic, Ed.D
Interim Superintendent



Jennifer Smith
Director of Elementary Language Arts/
Federal Programs and Early Childhood
jmsmith@lindenps.org
(908) 486-2043 Ext. 8954

2023 – 2024 Pre-Kindergarten Program

I/we acknowledge that registration does not ensure a place in the program, nor does it ensure a place in a particular school. You will be notified by mail if your child is offered a place in the program.

If your child attends Pre-Kindergarten in a school other than their home school, they will return to their home school for Kindergarten.

I understand that I will receive notification regarding placement for my child from the Early Childhood Education Department.

_____ Date: _____
Signature of Parent

Child's Name: _____
(Please Print)

LINDEN PUBLIC SCHOOLS EARLY CHILDHOOD DEPARTMENT

Rocco G. Tomazic, Ed.D
Interim Superintendent



Jennifer Smith
Director of Elementary Language Arts/
Federal Programs and Early Childhood
jmsmith@lindenps.org
(908) 486-2043 Ext. 8954

2023 - 2024 Programa de Prejardín de Infantes

Yo/nosotros reconocemos que el registro no asegura un lugar en el programa, ni asegura un lugar en una escuela en particular. Se le notificará por correo si a su hijo se le ofrece un lugar en el programa.

Si su hijo asiste a Pre-Kindergarten en una escuela que no sea su escuela de origen, regresará a su escuela de origen para el Kindergarten.

Entiendo que recibiré una notificación sobre la colocación de mi hijo del Departamento de Educación de la Primera Infancia.

_____ Fecha: _____
Firma del Padre / Tutor Legal

El Nombre del Niño: _____
(Por favor imprimir)

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/Legal Guardian Name: (PLEASE PRINT) _____

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

Parent/Legal Guardian Name: (PLEASE PRINT) _____

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

Home Telephone#: _____ Email Address: _____

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

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: _____

Nombre(s) del Padre/ Guardián: (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 #: _____

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
CENTRAL REGISTRATION

PLEASE PRINT CLEARLY

ADDITIONAL PRE-K REGISTRATION INFORMATION

Has your student previously attended a Pre-K program outside of Linden Public Schools? Yes No

If yes, where did your student attend? _____

Do you have other children currently attending Linden Public Schools? Yes No

Please list those students' names, birthdays, and schools currently attending.

_____	_____	_____
Student Name	Birth Date	School Attending

_____	_____	_____
Student Name	Birth Date	School Attending

_____	_____	_____
Student Name	Birth Date	School Attending

_____	_____	_____
Student Name	Birth Date	School Attending

_____	_____	_____
Student Name	Birth Date	School Attending

Additional Relevant Information/Notes: _____

LINDEN PUBLIC SCHOOLS

CENTRAL REGISTRATION

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE

INFORMACIÓN ADICIONAL DE MATRÍCULA DE PRE-K

¿Ha asistido su alumno/a a un programa de Pre-K fuera de las Escuelas Públicas de Linden? Si No

Si, ¿a qué programa asistió? _____

¿Tiene otro/s hijo/s asistiendo a las Escuelas Públicas de Linden en la actualidad? Si No

Por favor escriba el nombre, fecha de nacimiento y escuela a la que asiste el/los otros estudiantes.

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela a la que asiste
Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela a la que asiste
Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela a la que asiste
Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela a la que asiste
Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela a la que asiste
Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela a la que asiste

Información Pertinente Adicional/Notas: _____

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 Husa 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:		
Resource 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 Husa 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: _____



New Jersey Minimum Immunization Requirements for Child Care/Preschool Attendance N.J.A.C. 8:57-4 Immunization of Pupils in School

The following are required for child care/preschool attendance in NJ. For the complete ACIP Recommended Immunization Schedule, please visit <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html>.

Your child should have received the following vaccines:

Diphtheria, tetanus & acellular pertussis (DTaP)
Inactivated Poliovirus (Polio)
Haemophilus influenzae type b (Hib)
Pneumococcal conjugate (PCV 13)
Measles, mumps, rubella (MMR)
Varicella (VAR) Influenza
Hepatitis B



Influenza Vaccine

¶ The current seasonal influenza vaccine is required EVERY YEAR for those children 6 months through 59 months of age. Students who have not received the flu vaccine by December 31 must be excluded (not allowed to attend child care/preschool) for the duration of influenza season (through March 31), until they receive at least one dose of the influenza vaccine or until they turn 60 months of age. Children enrolling in child care/preschool after December 31, must provide documentation of receiving the current seasonal flu vaccine before being allowed to enter school. Students enrolling in school after March 31 are not required to receive the flu vaccine; however, flu season may extend until May and therefore getting a flu vaccine even late in the season is still protective

For more information, please visit “NJ Immunization Requirements Frequently Asked Questions”, at the following link:
<http://nj.gov/health/cd/imm.shtml> .



Requisitos Mínimos de Vacunación Para Menores en Guardería/Escuela Preescolar en New Jersey

N.J.A.C. 8:57-4 Immunization of Pupils in School

La siguiente es la lista de vacunas necesarias para asistir a guarderías/escuelas preescolares en NJ. Para acceder al calendario completo de vacunas recomendadas según el ACIP por favor visite ACIP Recommended Immunization Schedule, en <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html>.

Su hijo/a deberá haber recibido las siguientes vacunas:

Tétanos, Difteria y Tos Ferina acelular (DTaP)

Poliomielitis Inactivo (Polio)

Haemophilus influenzae tipo b (Hib)

Enfermedad neumocócica (PCV 13)

Rubéola (MMR) Varicela (VAR)

Influenza (gripe)

Hepatitis B



Vacuna de Influenza

La vacuna estacional actual contra la gripe es necesaria TODOS LOS AÑOS para niños entre 6 y 59 meses de edad. Los alumnos que no han recibido la vacuna de la gripe antes del 31 de diciembre serán excluidos (no permitidos asistir a la guardería/escuela preescolar) durante la temporada de gripe (hasta el 31 de marzo), hasta que hayan recibido al menos una dosis de la vacuna de la gripe o hasta que cumplan los 60 meses de edad. Los alumnos que se matriculen en la guardería/ escuela preescolar después del 31 de diciembre deberán presentar documentación de haber recibido la vacuna estacional actual contra la gripe antes de ser permitidos entrar en la escuela. Los alumnos que se matriculen después del 31 de marzo no necesitan la vacuna de la gripe; sin embargo, la temporada de gripe puede durar hasta mayo y por ello, recibir la vacuna de la gripe incluso tarde en la temporada todavía ofrece protección.

Para más información, por favor visite “NJ Immunization Requirements Frequently Asked Questions”, en: <http://nj.gov/health/cd/imm.shtml> .

LINDEN PUBLIC SCHOOLS
Linden, New Jersey 07036



Screening Inventory-Parent Questionnaire

Child's Name: _____ Date of Birth: _____ Age: _____ Sex: M or F (circle one)

MEDICAL HISTORY – BIRTH

Were there any significant problems during pregnancy? Yes No

If yes, please explain:

Was your child more than 3 weeks premature? Yes No

If Yes, how many weeks premature? _____

Baby's birth weight _____

Did the baby stay in the hospital longer than the mother? Yes No

If yes, please explain:

At the time of birth, did the baby – have seizure?
turn blue? Yes No

Child's Health Since Birth – EYES

Has your child ever had trouble seeing? Yes No

Does your child hold books and objects close to his/her face? Yes No

Has your child's eyes ever looked crossed? Yes No

Have you ever suspected that your child has vision problems? Yes No

If yes, please explain:

LINDEN PUBLIC SCHOOLS
Linden, New Jersey 07036



Inventario de Deteccion – Questionario de los Padres

Nombre del menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F (escoja uno)

HISTORIAL MÉDICO - NACIMIENTO

¿Hubo problemas significativos durante el embarazo? Si No

Si, por favor explique:

¿Fue su hijo/a prematuro más de 3 semanas? Si No

Si, ¿cuántas semanas? _____

Peso del bebé al nacer: _____

¿Tuvo que quedarse el bebé en el hospital más tiempo que la mamá? Si No

Si, por favor explique:

En el momento del nacimiento, - ¿tuvo el bebé convulsiones? Si No

¿se puso azul? Si No

Salud del Menor desde Nacimiento – VISTA

¿Ha tenido su hijo alguna vez dificultad para ver? Si No

¿Pone su hijo/a libros y objetos cerca de su cara? Si No

¿Ha notado alguna vez que su hijo/a cruza los ojos? Si No

¿Ha sospechado alguna vez que su hijo/a tiene problemas en la vista? Si No

Si, por favor explique:

Has your child had frequent ear infections? Yes No

Has your child ever had trouble hearing? Yes No

Have you ever suspected that your child has hearing problems Yes No

If yes, please explain:

COORDINATION

Has your child ever had trouble walking, climbing, reaching, holding on to things? Yes No

If yes, please explain:

Has your child ever had any significant injuries or hospitalizations? Yes No

If yes, please explain:

Does your child have allergies? Yes No

If yes, please describe:

Is your child presently on any medication? Yes No

If yes, please describe:

OIDOS

- ¿Ha tenido su hijo/a frecuentes infecciones de oído? Si No
- ¿Ha tenido su hijo/a dificultad oyendo? Si No
- ¿Ha sospechado alguna vez que su hijo/a tiene problemas de oído? Si No

Si, por favor explique:

COORDINACIÓN

- ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez dificultad caminando, subiendo, Si No
estirándose para agarrar algo, sujetándose a algo?

Si, por favor explique:

- ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez heridas graves o ha sido hospitalizado? Si No

Si, por favor explique:

- ¿Tiene su hijo/a alguna alergia? Si No

Si, por favor explique:

- ¿Está su hijo/a tomando algún medicamento en estos momentos? Si No

Si, por favor explique:

Por favor describa cualquier otro problema médico:

Please describe any other health concerns:

CHILD'S DEVELOPMENT

- | | | | |
|-----------------|--|------------------------------|-----------------------------|
| Can your child: | Feed him/herself using a spoon and/or a fork? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| | Wash and dry his/her own hands? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| | Help with dressing or dress with little assistance? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| | Stay with a babysitter? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| | Speak so that he or she can be understood by others? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| | Express his/her thoughts and needs easily? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| | Play with other children? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

Do you have any concerns about your child's appetite or willingness to try different foods?
If yes, please explain:

Do you have any concerns about your child's behavior? If yes, please explain:

Is your child toilet trained? Yes No

If no, please explain:

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

DESARROLLO DEL MENOR

- | | | | |
|-------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Puede su hijo/a: | Comer solo/a utilizando un tenedor y/o cuchara? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| | Lavarse y secarse las manos solo? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| | Ayudar a vestirse o vestirse solo/a con poca ayuda? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| | Quedarse con una niñera? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| | Hablar para que otros puedan entenderlo/a? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| | Expresar sus pensamientos y necesidades con facilidad? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| | Jugar con otros niños? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

¿Tiene alguna preocupación con respecto al apetito de su hijo/a o su interés de probar comidas diferentes?

Si es afirmativo, por favor explique:

¿Tiene alguna preocupación relacionada con el comportamiento de su hijo/a? Si, por favor explique:

¿Ha aprendido su hijo/a a ir al baño? Si No

No, por favor explique:

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

LINDEN PUBLIC SCHOOLS
Linden, New Jersey 07036



HISTORIAL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

(Por Favor Imprima)

FECHA MATRÍCULA: _____

_____/_____/_____
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).

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) 486-2212ext.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).

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 <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth / /	
Does Child Have Health Insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER			
Date of Physical Examination:	Results of physical examination normal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Immunization Record Attached <input type="checkbox"/> Date Next Immunization Due: _____
----------------------	---

MEDICAL CONDITIONS		
Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Medications/Treatments • List medications/treatments:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Allergies/Sensitivities • List allergies:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Capillary <input type="checkbox"/> Venous			Vision		
TB (mm of Induration)			Dental		
Other:			Developmental		
Other:			Scoliosis		

<input type="checkbox"/> 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 health 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.