

Plumsted Township School District
Dr. Gerald H. Woehr Elementary School
44 North Main Street
New Egypt, NJ 08533
609-758-6800 ext. 3000

Registro de Kindergarten
2018-2019 año escolar

Atención padres / tutores:

Si su hijo tendrá cinco años de edad en o antes del 1 de octubre, 2018, es el momento de inscribirse en su clase de kinder.

Paquetes de inscripción para el programa de kinder están disponibles en la oficina principal el Dr. Gerald H. Woehr Elementary School entre las horas de 8:00 am y 4:00 pm a partir del 12 de marzo de 2018. También se puede encontrar los paquetes en línea en www.newegypt.us.

Por favor llame a la oficina principal de la escuela primaria en 609-758-6800 ext. 3000 para programar su cita de inscripción / evaluaciones. Las citas están disponibles lunes, el 21 de mayo y martes, el 22 de mayo y se llevarán a cabo en la Escuela Primaria New Egypt al 131 Evergreen Road, New Egypt, Nueva Jersey.

Si usted tiene alguna pregunta por favor llame al Dr. Gerald H. Escuela Primaria Woehr al 609-758-6800 ext. 3000.





**Plumsted escuela del municipio de
Distrito
Dr. Gerald H. Escuela Primaria Woehr**

44 North Main Street
New Egypt, NJ 08533
Teléfono (609) 758-6800 Ext. 3000
Fax (609) 758-6868
www.newegypt.us

12 de marzo de, 2018

Estimados padres / tutores,

Bienvenidos al Dr. Gerald H. Woehr Elementary School! Si su hijo tendrá de cinco años de edad en o antes del 1 de octubre, 2018, entonces su hijo es elegible para clases de kinder.

Por favor revise los materiales de este paquete con mucho cuidado. Toda la información tendrá que ser completado en su totalidad antes de su cita programada de registro. Todos los documentos obligatorios de registro y la información deben ser recibidas antes de que su hijo será capaz de iniciar el año escolar en septiembre.

Registro de kindergarten se llevará a cabo el lunes, el 21 de mayo y el Martes, el 22 de mayo en New Egypt Primary School, 131 Evergreen Road, New Egypt, New Jersey. Durante esta cita los padres / tutores se reunirán con la enfermera de la escuela y la oficina principal para revisar los documentos de registro requeridos, mientras que su hijo pasa tiempo con un entrenador de alfabetización, maestra, terapeuta del habla y un terapeuta ocupacional. Estos educadores nos ayudarán a familiarizarnos con su hijo antes de septiembre. Por favor hable con su hijo antes de tiempo por lo que este no vendrá como una sorpresa para ellos. Todo el proceso no debe tardar más de 30 minutos.

Esperamos conocerle a Ud y a su hijo! Si usted tiene alguna pregunta o inquietud por favor contacte con nosotros en 609-758-6800 ext. 3000.

Atentamente,

Sr. Walter Therien
principal

señora Tara Nesbihal
vice principal

Plumsted escuela del municipio de Distrito
Dr. Gerald H. Escuela Primaria Woehr
44 North Main Street
New Egypt, NJ 08533
609-758-6800 ext. 3000

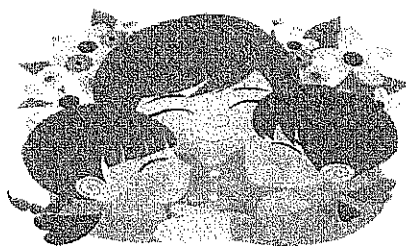
Bienvenido al Dr. Gerald H. Woehr Elementary School!

Cuando regrese en mayo para su cita de inscripción, por favor traiga todos los siguientes documentos que se requieren para que su hijo pueda comenzar el año escolar 2018-2019 en septiembre.

1. Acta de nacimiento original con un sello en relieve.
2. Registro de vacunas firmado por el médico,
3. Formulario física incluyendo la visión y prueba de audición.
4. Formulario de historial de salud completado.
5. Tarjeta de registro completado con la firma.
6. Completado formulario de Estudiante Demografía / Idioma nativo.
7. Habilidades motoras gruesas formulario.
8. Prueba de residencia en la forma de un contrato de arrendamiento, recibo de la contribución actual o de hecho.
9. Una pieza de correo mostrando su dirección (por ejemplo, factura de servicios públicos o la licencia de conducir de NJ).

Toda la información en este paquete tendrá que ser completado en su totalidad antes de su cita programada. Tenga en cuenta todos los documentos de registro obligatorio y formularios requeridos deben ser recibidos antes de que su niño pueda empezar el año escolar en septiembre.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la oficina principal del Dr. Gerald H. Woehr Elementary School a 609-758-6800 ext. 3000.



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

**Ocean
County
Health
Department**

Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Requisitos para el ingreso escolar

Para cualquier niño que entra Kinder o 1er grado en una escuela primaria pública / privada que él / ella debe de tener la documentación para las siguientes vacunas:

- Cuatro (4) - DTaP disparos - la difteria, el tétanos y la tos ferina (tos ferina) Algunos niños tendrán cinco (5) disparos en el momento en que comiencen la escuela.
- Tres (3) - vacunas contra la polio - Algunos niños tendrán cuatro (4) disparos por entrar a la escuela.
- Un (1) - Varicela disparo (varicela) - A menos que su hijo tuvo varicela.
- Dos (2) tiros MMR - el sarampión, las paperas y la rubéola (sarampión alemán)
- Tres (3) - Hepatitis B Vacunas

Para cualquier niño entrando sexto grado (tienen que tener a partir de 11 años), él / ella necesita prueba de las vacunas mencionadas anteriormente, así como lo siguiente:

- Uno (1) tras -Tdap (tétanos, la difteria y la tos ferina) a los 11 años de edad o más
- Uno (1) - tiro meningocócica

Hay otras **recomendadas** vacunas para los niños. Por favor, hable con su proveedor de atención médica.

Municipio de Plumsted DISTRITO
ESCOLAR Demografía / Encuesta sobre el idioma
favor escriba

1. Apellido del estudiante: _____ nombre del Estudiante _____
2. Género: male (nino) / female (nina) ____
3. Fecha de Nacimiento: _____
4. Dirección: _____
5. Número de teléfono: _____
6. Ciudad de nacimiento: Estado / Nacimiento: _____
8. País de nacimiento: _____
9. Fecha de la llegada del estudiante a los Estados Unidos si es aplicable: _____
10. Fecha de la primera entrada del estudiante en una escuela de Estados Unidos en su caso: _____
11. Etnicidad del estudiante: _____
12. Por favor marque uno de los siguientes:
_____ Inglés es el único idioma que se habla en casa.
_____ Idioma distinto del Inglés se habla en casa.
El lenguaje hablado: _____
Dialecto hablado en su caso (por ejemplo, mandarín, cantonés.) _____
13. ¿Qué necesidades específicas, en su caso, tiene su hijo que el distrito escolar deben ser conscientes?
14. Se ha referido a su hijo o recibido servicios de educación especial? Si es así explique

del padre / tutor _____

Fecha _____

bruto habilidades motoras

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Por favor, conteste las siguientes preguntas como una herramienta de detección para evaluar cómo está haciendo su hijo en relación con las habilidades motoras gruesas apropiadas según su edad.

Círculo: SI, NO o NO SABE después de cada pregunta.

Si tiene alguna duda o comentario por favor escribirlas en la parte inferior de la página. ¿Puede su hijo:

- | | | | | |
|-----|--|----|----|---------|
| 1. | pararse en un pie para 5 segundos? | SÍ | NO | NO SABE |
| 2. | saltar en un pie 3 veces? | SÍ | NO | NO SABE |
| 3. | bajar las escaleras alternando los pies? | SÍ | NO | NO SABE |
| 4. | coger una pelota rebotó? | SÍ | NO | NO SABE |
| 5. | lanzar una pequeña pelota por lo alto? | SÍ | NO | NO SABE |
| 6. | correr bien, cambiando de direcciones y velocidades? | SÍ | NO | NO SABE |
| 7. | andar en bicicleta con / sin ruedas de entrenamiento? | SÍ | NO | NO SABE |
| 8. | comenzar a saltar a la comba? | SÍ | NO | NO SABE |
| 9. | patear una pelota rodeada? | SÍ | NO | NO SABE |
| 10. | Por lo general, caminar sin pies golpeando o sobre los dedos de pie? | SÍ | NO | NO SABE |

Comentarios:

DISTRICTO ESCOLAR DEL MUNICIPIO DE PLUMSTED/ESCUELA PRIMARIA DE NEW EGYPT

Historia de Salud

Esta forma se debe de completar por un pariente o guardian. Devuelve esta forma a la enfermera escolar.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Sexo: _____

INFORMACION DE PADRES/GUARDIANES

Padre/Guardián :#1: _____

N° de teléfono: (Casa) _____ (Cellular) _____ (Trabajo) _____

Padre/Guardián :#1: _____

N° de teléfono: (Casa) _____ (Cellular) _____ (Trabajo) _____

FAMILIA

Indique todas las personas con quien el niño vive:

Madre Padre Otro: _____

Hermanos (¿Cuántas?) _____ Edades: _____ Hermanas (¿Cuántas?) _____ Edades: _____

¿Cuántas personas están viviendo en la casa del niño (incluyendo el niño)? _____

¿Este niño/a vive con ambos padres? Sí No Si no, ¿con quién vive el niño? _____

HISTORIA DE SALUD

¿Tiene su hijo/a alguna preocupación de salud que usted le gustaría informar a la enfermera? Sí No
Si, indico que sí, por favor describe la preocupación: _____

¿Tiene su hijo/a reacción alérgica (efecto malo) a alguno de los siguientes? (marquen todo que se aplican)

Alergias en ambientes interiores o exteriores (por ejemplo: las abejas, pasto, polen, gatos...)

Alergias a la comida (por ejemplo: cacahuets, leche, trigo...)

Alergias a la medicina o vacunas (inmunizaciones)

No, mi hijo/a no tiene alergias que yo sepa.

Si, indico que sí, ¿de qué es alérgico su hijo/a? _____

¿Se ha recetado alguna vez un Epi Pen a su hijo/a? Sí No ¿Ha usado su hijo/a alguna vez un Epi Pen? Sí No

¿Está tomando el niño medicamentos? Sí No Si, indico que sí, ¿qué medicina está tomando? _____

¿Se ha hospitalizado alguna vez su hijo/a o ha tenido una cirugía? Sí No

Si, indico que sí, por favor de describir: _____

Ha recibido su niño atención médica en cualquiera de las siguientes:

asma diabetes salud mental incautación

lesión de la cabeza enfermedad cardiaca Ortopédica Otros: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Sexo: _____

INFORMACION DEL MEDICO

Nombre del Doctor: _____ N° de teléfono: _____

Dentista: _____ N° de teléfono: _____

Seguro médico del/a niño/a:

Seguro privado/patrocinado por empleado: _____ NJ Family Care: _____ Otro: _____ Ningún: _____

Si usted no tiene un doctor o seguro médico:

¿Desea ayuda en conseguir un doctor? Sí No

¿Desea ayuda en conseguir un seguro médico? Sí No

Indique aquí si le gustaría discutir en confianza información con la enfermera escolar. Sí No

Firma del Padre: _____

Fecha: _____

DR. GERALD H. WOHR ELEMENTARY SCHOOL
SCHOOL PHYSICAL EXAMINATION
 Phone #609-758-6800 x123 (for nurse)
 Fax #609-758-6868 Attn: Nurse

Student _____ Date of Exam _____
 Address _____
 Date of Birth _____ Teacher Name _____
 Sex _____ Height _____ Weight _____ Blood Pressure _____

DISEASE HISTORY: (please specify type and age at onset)

Allergies _____	Convulsive Disorder _____
Cong. Defects _____	Diabetes _____
Drug Sensitivities _____	Heart Disease _____
Hepatitis _____	Otitis Media _____
Neuromuscular Disorder _____	Rheumatic Fever _____
Asthma _____	Strep Infections _____
Chickenpox _____	Mononucleosis _____
Other Illnesses _____	
Operation or Injuries _____	

PHYSICAL EXAMINATION:

Ears (Otosopic) _____	Genetic-Urinary _____
Eyes _____	Orthopedic: _____
Lymph Glands _____	Structural _____
Thyroid _____	Posture _____
Nose _____	Feet _____
Throat _____	Skin _____
Teeth-Mouth _____	Nutrition _____
Heart _____	Nervous System _____
Lungs _____	Speech _____
Abdomen _____	General Appearance _____
Hernia _____	Other _____

VISION _____

HEARING _____

IMMUNIZATION RECORD (Please give full dates- month/day/year)

#1	#2	#3	Booster#1	Booster#2
DPT _____				
OPT _____				
MEASELS,MUMPS,RUBELLA (given after 1 st birthday) #1 _____ #2 _____				
HIB#1 _____	#2 _____	#3 _____	#4 _____	VARICELLA #1 _____ #2 _____
HEPATITIS B #1 _____	#2 _____	#3 _____	HEPATITIS A #1 _____	#2 _____
MANTOUX (multiple puncture tests not acceptable) DATE _____ READING _____				
RECOMMENDATION OR RESTRICTIONS (if any) _____				

I have examined this child and find him/her physically fit to participate in school activities.

 Name of Physician (printed)

 Signature of Physician