



Plumsted Township School District

131 Evergreen Road
New Egypt, NJ 08533
Telephone (609) 758-6800 Ext. 4206
Fax (609) 758-0912

www.newegypt.us

Estimados padres y tutores,

Permítanme aprovechar esta oportunidad para darle la bienvenida al Distrito Escolar de Plumsted Township. Estamos muy orgullosos de los logros de los estudiantes, maestros y personal.

Nuestro proceso de registro es fácil de seguir y nos permitirá brindar la mejor experiencia para su hijo. Para comenzar, recoja los siguientes elementos, que son necesarios para iniciar el procedimiento de registro:

- **Prueba de residencia.** Una copia de su contrato de hipoteca, declaración de establecimiento H.U.D., declaración jurada del título, arrendamiento, escritura, cobro de impuestos o contrato de venta (hasta el cierre de la casa) con su nombre en él, serán aceptados.
- **Salud y Registros de vacunación.** Los registros actualizados se puede obtener de su escuela o pediatra anterior. Estos deben estar al día con las fechas y traducido al Inglés. Tenga en cuenta que las formas de la exploración física no debe ser fechados más de un año (365 días) antes de la La entrada a las escuelas de Nuevo Egipto. Todos los formularios están incluidos en este paquete de inscripción.
- **Prueba de Edad del menor.** Certificado de nacimiento o pasaporte en su forma original o con sello;

No se aceptan fotocopias.

- **Registros escolares previos** Los registros escolares deben incluir boletas de calificaciones, IEP (si corresponde) y resultados recientes de exámenes estatales.

Para registrar a su estudiante:

1. Vaya al sitio web del distrito (<https://www.newegypt.us/>) y haga clic en "Registro" (parte superior de la página) y descargue el formulario necesario.
2. Haga clic en el enlace en la misma página web para completar el formulario de preinscripción (o escriba: <https://genesis.newegypt.us/newegypt/openReg> en su navegador web)
3. Contacte a la Sra. Lynn Kukoda al (609) 758-6800 Ext. 5005 para hacer una cita y registrar a su hijo.

Su hijo no necesita venir con usted para registrarse.

Espero que tengan una experiencia maravillosa en nuestro distrito.

Sincerely,

Michelle Halperin-Krain

Superintendent of Schools



Plumsted Township School District Student Health History Form

Para ser completado por el padre/tutor

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Sexo: Masculino / Femenino

INFORMACIÓN DE PADRES / TUTORES:

Nombre del padre / tutor # 1: _____

Padre / Tutor # 2 Nombre: _____ INFORMACIÓN FAMILIAR:

Verifique todas las personas con las que el niño vive:

Madre Padre Tutor: _____ Hermanos (¿cuántos?) _____ Edades: _____ Hermanas (¿cuántas?) _____ Edades: _____

Número total de personas que viven en el hogar: _____

HISTORIAL MÉDICO:

¿Su hijo tiene algún problema de salud del que la enfermera necesita ser informada? Si no En caso afirmativo, describa

¿Su hijo tiene alguna reacción alérgica (mal efecto) de alguno de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda).

Alergias al aire libre o bajo techo (si es así, por favor liste)

Alergias a los alimentos (en caso afirmativo, enumere)

Medicamentos o inmunizaciones (en caso afirmativo, enumere)

No, mi hijo no tiene ninguna alergia de la que tenga conocimiento.

¿Le han recetado su niño un Epi Pen? Sí No

¿Alguna vez su hijo ha usado un Epi Pen? Sí No

¿Su hijo actualmente toma medicamentos? Sí No si es SÍ, enumere la medicación

¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado o se ha operado? Sí No si es así, especifique

¿Recibió o recibió su hijo atención médica por alguno de los siguientes? (Marque todos los que correspondan):

- Asma Enfermedad cardíaca Convulsión Conmoción cerebral / lesión en la cabeza Diabetes Ortopédica Salud mental Otro

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR MÉDICO

Nombre del proveedor de cuidado primario: _____ Número de teléfono

Nombre del dentista: _____ Número de teléfono

Seguro de salud infantil: seguro privado / patrocinado por el empleador _____ NJ Family Care _____ Otro _____ Ninguno _____

Si no tiene un médico o seguro de salud:

¿Desea ayuda para encontrar un proveedor de atención médica? _____

¿Le gustaría obtener asistencia para obtener un seguro de salud? _____

Marque aquí si desea discutir información confidencial con la enfermera de la escuela. Sí No

FIRMA DEL PADRE / TUTOR

FECHA



PHYSICAL EXAMINATION REPORT GRADES K – 12

(para ser completado por un médico)

STUDENT'S NAME _____

BIRTH DATE _____

SCHOOL _____

Height _____

Weight _____

Blood Pressure _____

Vision _____

Hearing _____

DISEASE _____

HISTORY: (Please specify type and age at onset)

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

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	

Examining Physician's Signature

Date

Physician's Stamp

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

*****POR FAVOR ADJUNTE UNA COPIA DEL REGISTRO DE INMUNIZACIÓN.*****

O utilice el formulario de la página siguiente

I. PRUEBA DE TUBERCULOSIS

Se debe administrar a cualquier estudiante que se transfiera del Departamento de Salud una prueba de Mantoux TB o prueba de liberación de interferón gamma para la tuberculosis. Póngase en contacto con la enfermera de su escuela para determinar si la tuberculosis está probando a su hijo.

II. EXAMEN FÍSICO

A. El Código Administrativo de Nueva Jersey 6A: 16-2.2 requiere un examen físico de ingreso al inscribirse en la escuela. Los padres deben proporcionar esta documentación de examen.

1. Si se transfiera desde un NJAC 6A: 16-2.4 (d).
2. Si se transfiera a una escuela de "Nueva Jersey" desde fuera del estado, la entrada de los 30 días de entrada.

También es posible desarrollar una escuela de medicina, la primera infancia, la preadolescencia y la adolescencia.

Vaccine Administration Record

Patient Name: _____

Birth date: _____ **Chart number:** _____

Vaccine Type	Date of Disease	1st Dose	2nd Dose	3rd Dose	4th Dose	5th Dose	6th Dose
DTP / DTaP							
Tdap							
IPV / OPV							
MMR							
HIB **							
Hepatitis B							
Varicella							
Pneumococcal **							
Meningococcal							
Hepatitis A ***							
Influenza **							
Mantoux / IGRA							
Other							
<i>** Required for preschoolers (2 months – 5th birthday only)</i>				<i>*** Not required</i>			

Examining Physician's Signature

Date

Physician's Stamp

MINIMAL IMMUNIZATION REQUIREMENTS FOR SCHOOL ATTENDANCE IN NEW JERSEY

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

DISEASE(S)	MEETS IMMUNIZATION REQUIREMENTS	COMMENTS
DTaP	(AGE 1-6 YEARS): 4 doses, with one dose given on or after the 4th birthday, OR any 5 doses. (AGE 7-9 YEARS): 3 doses of Td or any previously administered combination of DTP, DTaP, and DT to equal 3 doses.	Any child entering pre-school, pre-Kindergarten, or Kindergarten needs a minimum of four doses. Pupils after the seventh birthday should receive adult type Td. DTP/Hib vaccine and DTaP also valid DTP doses. Laboratory evidence of immunity is also acceptable.
Tdap	GRADE 6 (or comparable age level for special education programs): 1 dose	For pupils entering Grade 6 on or after 9-1-08 and born on or after 1-1-97. A child does not need a Tdap dose until FIVE years after the last DTP/DTaP or Td dose.

POLIO	(AGE 1-6 YEARS): 3 doses, with one dose given on or after the 4th birthday, OR any 4 doses. (AGE 7 or OLDER): Any 3 doses.	Either Inactivated Polio Vaccine (IPV) or Oral Polio Vaccine (OPV) separately or in combination is acceptable. Polio vaccine is not required of pupils 18 years of age or older. Laboratory evidence of immunity is also acceptable.
MEASLES	If born before 1-1-90, 1 dose of a live Measles-containing vaccine on or after the first birthday. If born on or after 1-1-90, 2 doses of a live Measles-containing vaccine on or after the first birthday. If entering a college or university after 9-1-95 and previously unvaccinated, 2 doses of a live Measles-containing vaccine on or after the first birthday.	Any child over 15 months of age entering child care, pre-school, or pre- Kindergarten needs a minimum of 1 dose of measles vaccine. Any child entering Kindergarten needs 2 doses. Previously unvaccinated students entering college after 9-1-95 need 2 doses of measles-containing vaccine or any combination containing live measles virus administered after 1968. Documentation of 2 prior doses is acceptable. Laboratory evidence of immunity is also acceptable. Intervals between first and second measles/MMR/MR doses cannot be less than 1 month.
RUBELLA and MUMPS	1 dose of live Mumps-containing vaccine on or after the first birthday. 1 dose of live Rubella-containing vaccine on or after the first birthday.	Any child over 15 months of age entering child care, pre-school, or pre- Kindergarten needs 1 dose of rubella and mumps vaccine. Any child entering Kindergarten needs 1 dose each. Each student entering college for the first time after 9-1-95 needs 1 dose of rubella and mumps vaccine or any combination containing live rubella and mumps virus administered after 1968. Laboratory evidence of immunity is also acceptable.
VARICELLA	1 dose on or after the first birthday.	All children 19 months of age and older enrolled into a child care/pre-school center after 9-1-04 or children born on or after 1-1-98 entering a school for the first time in Kindergarten or Grade 1 need 1 dose of varicella vaccine. Laboratory evidence of immunity, physician's statement or a parental statement of previous varicella disease is also acceptable.
HAEMOPHILUS INFLUENZAE B (Hib)	(AGE 2-11 MONTHS) ⁽¹⁾ : 2 doses (AGE 12-59 MONTHS) ⁽²⁾ : 1 dose	Mandated only for children enrolled in child care, pre-school, or pre-Kindergarten. (1) Minimum of 2 doses of Hib vaccine is needed if between the ages of 2-11 months. (2) Minimum of 1 dose of Hib vaccine is needed after the first birthday. DTP/Hib and Hib/Hep B also valid Hib doses.
HEPATITIS B	(K-GRADE 12): 3 doses or 2 doses ⁽¹⁾	(1) If a child is between 11-15 years of age and has not received 3 prior doses of Hepatitis B then the child is eligible to receive 2-dose Hepatitis B Adolescent formulation. Laboratory evidence of immunity is also acceptable.
PNEUMOCOCCAL	(AGE 2-11 MONTHS) ⁽¹⁾ : 2 doses (AGE 12-59 MONTHS) ⁽²⁾ : 1 dose	Mandated only for children enrolled in child care, pre-school, or pre-Kindergarten. (1) Minimum of 2 doses of Pneumococcal vaccine is needed if between the ages of 2-11 months. (2) Minimum of 1 dose of Pneumococcal vaccine is needed after the first birthday.
MENINGOCOCCAL	(Entering GRADE 6 (or comparable age level for Special Ed programs): 1 dose ⁽¹⁾ (Entering a four-year college or University, previously unvaccinated and residing in a campus dormitory): 1 dose ⁽²⁾	(1) For pupils entering Grade 6 on or after 9-1-08 and born on or after 1-1-97. (2) Previously unvaccinated students entering a four-year college or university after 9-1-04 and who reside in a campus dormitory, need 1 dose of meningococcal vaccine. Documentation of one prior dose is acceptable.
INFLUENZA	(AGES 6-59 MONTHS): 1 dose ANNUALLY	For children enrolled in child care, pre-school or pre-Kindergarten on or after 91-08. 1 dose to be given between September 1 and December 31 of each year.

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



Plumsted Township School District

DECLARACIÓN DE RESIDENCIA DE PADRES

Soy la _____ madre _____ padre de _____. (El nombre del niño)

Actualmente vivo y resido en:

Número _____

Nombre de la calle _____

Apto. # _____

Pueblo _____

Cremallera _____

Esta dirección está en Plumsted Township.

Mi hijo reside conmigo en esa dirección. Presento los siguientes dos (2) formularios para probar mi residencia:

_____ Escritura

_____ Arrendamiento con firmas de inquilino y propietario

_____ Proyecto de ley de impuestos (año actual)

_____ Pedazo de correo que muestra la dirección de su hogar (Electric, Phone, Gas, Bill, etc.) _____

Acuerdo de participación

Otro _____

En caso de que una investigación revele que mi hijo no tiene derecho por ley a asistir al Distrito Escolar de Plumsted Township sin cargo, entiendo que el niño será desinscrito, y que seré responsable por los costos de la matrícula a el distrito por cualquier período de asistencia ilegal. Dicha colegiatura se basará en los costos de educación por alumno durante la parte del año en que el niño estuvo inscrito ilegalmente.

CERTIFICO QUE LAS DECLARACIONES ANTERIORES REALIZADAS POR MI SON VERDADERAS. ESTOY CONSCIENTE DE QUE SI ALGUNO DE ELLOS SON VOLUNTARIAMENTE FALSO, SERÉ SUJETO A ACCIÓN LEGAL.

FECHA: FIRMA DEL PADRE: _____



CUSTODY FORM

FORMULARIO DE CUSTODIA

Para completar por N.J.S.A. 18A: 38-1 y N.J.A. 6A; 22.3.1 (a), para verificar la custodia y elegibilidad del estudiante. Copias completas de todas las órdenes de custodia presentadas por el Tribunal de Justicia y otros tribunales. El estado debe presentarse.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la madre: _____

Nombre del padre: _____

Persona llenando este formulario: _____

Por favor, lea TODA la siguiente situación:

_____ **El estudiante reside con ambos padres**

_____ **Los padres están divorciados Custodia**

legal:

_____ Los padres tienen custodia legal conjunta

_____ La madre tiene la custodia legal exclusiva

_____ El padre tiene la custodia legal exclusiva **Custodia residencial:**

_____ Los padres tienen custodia residencial por igual tiempo

_____ La madre tiene la custodia residencial primaria

_____ El padre tiene la custodia residencial primaria

_____ **Los padres están separados Custodia legal:**

_____ Los padres tienen custodia legal conjunta

_____ La madre tiene la custodia legal exclusiva

El padre tiene la custodia legal exclusiva

Custodia residencial:

_____ Los padres tienen custodia residencial por igual tiempo

_____ La madre tiene la custodia residencial primaria

_____ El padre tiene la custodia residencial primaria

_____ **Los padres nunca estuvieron casados**

Custodia legal:

- _____ Los padres tienen custodia legal conjunta
- _____ La madre tiene la custodia legal exclusiva
- _____ El padre tiene la custodia legal exclusiva

Custodia residencial:

- _____ **Los** padres tienen custodia residencial por igual tiempo
- _____ La madre tiene la custodia residencial primaria
- _____ El padre tiene la custodia residencial primaria

_____ **El niño tiene un tutor designado por el tribunal**

_____ **El niño está en cuidado de crianza asignado por el tribunal**

Si los padres no están casados y / o no viven juntos:

Es otro padre vivo o fallecido: _____

Nombre de la lista, dirección, teléfono del hogar y del trabajo de otro padre:

nombre: _____

dirección: _____

Trabajo celular de teléfono (casa) _____ (Teléfono celular) _____

Por favor ponga sus iniciales en cada uno de los siguientes:

_____ Entiendo el problema de la escuela y la transferencia del estudiante de otra escuela.

_____ Entiendo que sin ninguna evidencia / documentación judicial, N.J.A.C. 6A: 32-7 a todos los registros e información de la escuela.

_____ Entiendo que la información tiene la forma de una escuela y debe entenderse los próximos cambios en la custodia u otro estado que afecte a este niño. Para completar por N.J.S.A. 18A: 38-1 y N.J.A. 6A; 22.3.1 (a), para verificar la custodia y elegibilidad del estudiante. Copias completas de todas las órdenes de custodia presentadas por el Tribunal de Justicia y otros tribunales. El estado debe presentarse

Firma del padre / tutor legal _____ (fecha) _____

(Nombre impreso del padre / tutor legal)

Plumsted Township School District
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: ____
9. País de nacimiento: _____
10. Fecha de la llegada del estudiante a los Estados Unidos si es aplicable: _____
11. Fecha de la primera entrada del estudiante en una escuela de Estados Unidos en su caso: _____
12. Etnicidad del estudiante: _____
13. 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.) _____
14. ¿Qué necesidades específicas, en su caso, tiene su hijo que el distrito escolar deben ser conscientes?

15. Se ha referido a su hijo o recibido servicios de educación especial? Si es así explique
del padre / tutor _____ Fecha _____



Plumsted Township School District

STUDENT RECORD REQUEST FORM
FOR TRANSFERS ONLY

Student Name: _____

Date of Birth: _____ Date Withdrawn: _____

Grade Level at time of withdrawal: (circle level) PreK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Transferring School: _____ Phone: _____

Street: _____ Fax: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Please forward this information to the address circled below. We appreciate your assistance.

Table with 3 columns: Dr. Gerald H. Woehr Elementary School Grades Pre-K-5, New Egypt Middle School Grades 6-8, New Egypt High School Grades 9-12. Each column contains address and contact information.

I hereby authorize the Plumsted Township School District to obtain the following information concerning the above named student. I certify that all information provided is true to the best of my knowledge.

Sign: _____
Parent/Guardian Date

Pursuant to public law regulating the release of school records, we as officials of a public school are requesting:

- Birth Certificate (certificado de nacimiento)
Transcript of academic records (Transcripción de expedientes académicos)
Standardized test results (Resultados de pruebas estandarizados)
Health/Immunization records (Registros de salud/vacunas)
Discipline records (Registros de disciplina)
Withdrawal papers including grades, absences and withdrawal date (Papeles de retiro que incluyen calificaciones, ausencias y fecha de retiro)
504 Records (504 Registros)
Special Education records (registros de educación especial)
All of the above (Todo lo anterior)



Plumsted Township School District

CHILD STUDY TEAM REQUEST FOR RECORDS

¿Su hijo alguna vez ha sido referido y / o probado por un Equipo de Estudio de Niños?

Si _____ No _____

¿Ha sido su niño alguna vez clasificado como un Estudiante de Educación Especial?

Si _____ No _____

If either answer is yes, complete the information below. (Si cualquiera de las respuestas es afirmativa, complete la siguiente información.)

To Whom It May Concern:

School _____

I hereby give permission to release any Special Education Documents to the Plumsted Township Child Study Team concerning my child. (Me gustaría dar permiso para divulgar cualquier documento de educación especial al equipo de estudio del niño de Plumsted Township con respecto a mi hijo.)

Send to: (Enviar a:)
Mrs. Lynn Kukoda
115 Evergreen Road
New Egypt, NJ 08533

_____ Student's Name
(Nombre del estudiante) Date of Birth (Fecha de nacimiento)

Address (dirección)

Parent/Guardian Signature (Firma del padre / tutor)

Date (Fecha)

This information will be treated with the utmost confidentiality and will be used only by professional people for the purpose of arriving at the best educational plan for your child. (Esta información será tratada con el mayor plan educativo para su hijo.)

**FOR NEW EGYPT MIDDLE SCHOOL AND NEW EGYPT HIGH SCHOOL
SPORTS AND ACTIVITIES REGISTRATION
For Grades 6-12 Only**

The Plumsted Township School District excited to announce that we are now offering the convenience of online registration for High School and Middle School Athletics through FamilyID (www.familyid.com).

FamilyID is a secure registration platform that provides you with an easy, user-friendly way to register for our programs, and helps us to be more administratively efficient and environmentally responsible. When you register through FamilyID, the system keeps track of your information in your FamilyID profile. You enter your information only once for each family member for multiple uses and multiple programs.

The following programs require a student registration for participation:

Baseball	Track & Field	Tennis	Drill Team	Soccer
Football	Wrestling	Dance Team	Basketball	Golf
Cheerleading	School Musical	Bowling	Lacrosse	Field Hockey
Intramurals	Softball	Marching Band	Cross Country	
Other: Co-curricular Physical Activities (i.e. Volleyball & Ultimate Frisbee Club.)				

If you have any questions regarding this registration please contact Jim Sawicki, ATC at (609) 758-6800 ext. 1252.

BEFORE YOU REGISTER:

Please make sure that the athlete's Pre Participation Physical Exam is current (within 365 days). If not, you can get the forms to bring to your physician here:

(<http://www.state.nj.us/education/students/safety/health/records/athleticphysicalsform.pdf>)

Also, all High School athletes need a current ImPACT baseline concussion test on file with the Athletic Trainer. NEHS does ImPACT testing for our athletes before their freshman & junior years. Information on ImPACT testing can be found on [Mr. Sawicki's webpage](#).

INFORMATION NEEDED TO REGISTER:

It will be helpful to have the following information handy to allow for accurate completion of your online registration. ●

(example: Doctor information, Health Insurance Information, Student ID)

REGISTRATION PROCESS:

A parent/guardian should register by clicking on this link:

[FamilyID Registration for Plumsted Township School District Athletics](#) or typing the following into your web browser:

<http://www.familyid.com/plumsted-township-school-district> Follow

these steps:

1. To find your program, click on the link provided by the Organization above and select the registration form under the word **Programs**.
2. Next click on the green **Register Now** button and scroll, if necessary, to the **Create Account/Log In** green buttons. If this is your first time using FamilyID, click **Create Account**. Click **Log In**, if you already have a FamilyID account.
3. **Create** your secure FamilyID account by entering the account owner First and Last names (parent/guardian), E-mail address and password. Select **I Agree** to the FamilyID Terms of Service. Click **Create Account**.
4. You will receive an email with a link to activate your new account. (If you don't see the email, check your E-mail filters (spam, junk, etc.).)
5. Click on the link in your activation E-mail, which will log you in to FamilyID.com

6. Once in the registration form, complete the information requested. All fields with a red* are required to have an answer.
7. Click the **Save & Continue** button when your form is complete.
8. Review your registration summary.
9. Click the green **Submit** button. After selecting 'Submit', the registration will be complete. You will receive a completion email from FamilyID confirming your registration.

At any time, you may login at www.familyid.com to update your information and to check your registration(s). To view a completed registration, select the 'Registration' tab on the blue bar.

SUPPORT:

- If you need assistance with registration, **contact** FamilyID at: **support@familyid.com** or **888-800-5583 x1**. ●
Support is available 7 days per week and messages will be returned promptly.