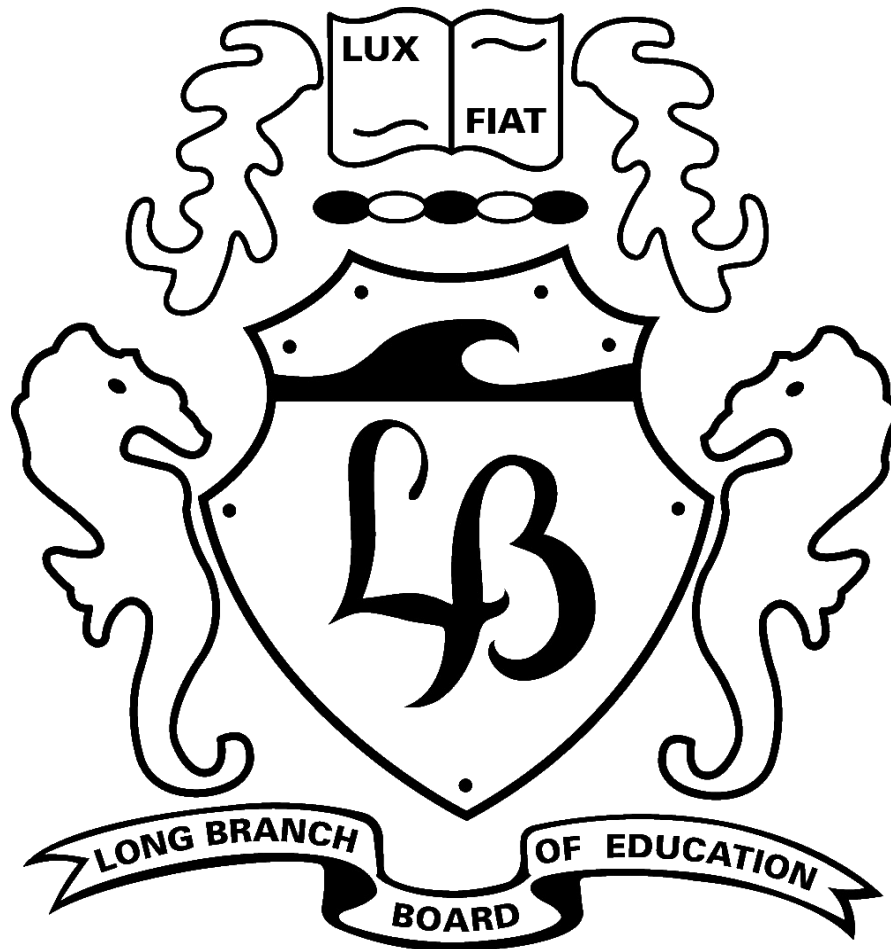


# Long Branch Public Schools

540 Broadway,  
Long Branch, NJ 07740

732-229-6306



## Grades 1-5 Registration Packet

To be completed by school personnel/ Personal de la escuela debe llenar esta parte

Home School \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_

Assigned School \_\_\_\_\_ Homeroom \_\_\_\_\_ Program \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Entry Date \_\_\_\_\_ Entry Code \_\_\_\_\_ Entry Grade \_\_\_\_\_

Evidence of Birth: Birth Certificate \_\_\_\_\_ Passport \_\_\_\_\_ Baptismal Certificate \_\_\_\_\_

Revised April 2019

# Welcome to Long Branch Public Schools Central Registration

540 Broadway  
Long Branch NJ 07740  
732-229-6306

\*\*\* Once you have completed the attached registration packet and have the necessary items listed below, contact 732-229-6306 ext. 40000 to schedule an appointment between the hours of 9:00 am and 3:00 pm.

Registrations are on an appointment only basis.

**If you own the home, you need to bring with you on the day of your appointment:**

3 Proof of Residency  
Photo ID of the Parent/guardian

**If you rent the home you need to bring with you:**

3 Proof of Residency  
Photo ID of the parent/Guardian

**If you live with another family: (affidavit)**

The Home owner needs to provide the proper proof of residence from the homeowner list above\*  
\*Needs to be completed & notarized with the parent/legal guardian & home owner.

**Acceptable proof of residency:**

**NOTE:** Bills must have a current date. No bills are accepted under someone else's name.  
A Deed/Mortgage, Current Lease or Tax bill  
Utility bill (gas, water, electric)  
Tax bill  
Telephone/Cell phone bill  
Cable bill  
Medical bill  
Insurance Bill  
Correspondence from the Monmouth County Social Services

**Additional information needed to be brought for each student registering:**

Birth Certificate  
Immunization Record  
Transfer card/ Report card if coming from another school district  
**Social Security Card (if applicable)**  
**Child Study Team/Special Services records (IEP) (If applicable)**  
**504 Accommodations (If applicable)**  
**Completed Registration Packet**

**Only the Legal Parent/Guardian can register students in the school district.  
The parent or guardian's full name listed on the Birth Certificate must be on the Proof of Residency.  
Bring Custody Papers (If you are not the Legal Parents)**

# Bienvenido al Registro Central de Las Escuelas Pública de Long Branch

540 Broadway  
Long Branch NJ 07740  
732-229-6306

\*\*\* Cuando haya completado el paquete y tengas los elementos necesarios, por favor llame a  
732-229-6306 ext. 40000 para programar una cita entre las horas de 9:00 am y 3:00 pm.  
Cada registro requiere una cita.

**Si usted es el dueño de la casa, usted necesita:**

Tres Prueba de residencia  
Identificación con foto del padre / guardián:

**Si usted rentas, necesita llevar con usted:**

Tres Prueba de residencia  
Identificación con foto del padre / guardián:

**Si vive con familia (declaración jurada)**

El dueño de la casa necesita proporcionar una prueba de residencia de la lista anterior.  
\*Debe ser completado y notariado con el padre / guardián y dueño de la casa .

**La prueba aceptable de residencia:**

**NOTA:** Las facturas deben tener una fecha corriente. No se aceptan facturas a nombre de otra persona. Factura de servicios públicos (gas, agua , electricidad)

A Escritura/facture/contrato de arrendamiento de hipoteca o facture de impuestos

Factura de impuestos

Factura de Teléfono/ celular

Factura de cable

Factura médica

Factura de seguros

La correspondencia de los Servicios Sociales de Monmouth County

**Información necesaria adicional:**

Certificado de nacimiento

Registro de Inmunización

Tarjeta de Transferencia / Notas si viene de otro distrito escolar

**Recordes de “Child Study Team/ Servicios Especiales” ( IEP ) (si aplica)**

**Alojamientos de 504 (si aplica)**

**Paquete de Registro completado**

**Sólo el padre/ guardián puede inscribir los estudiantes en el distrito escolar. El nombre completo del padre/ guardián que aparece en el certificado de nacimiento deben estar en la prueba de residencia. Trae documentos de custodia (Si no son los padres)**



**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT  
LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS  
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740**

---

**MICHAEL SALVATORE, Ph.D.      "Where Children Matter Most"**

Superintendent of Schools  
(732) 571-2868, Ext 40010  
Fax: (732) 229-0797

Dear Long Branch Families,

The Long Branch Public Schools has refined the dress and grooming policy, which reflects "Uniformity of Dress" for all Preschool - Grade 8 students. Students are required to wear any combination of the following, which will be strictly enforced:

- \* Pants, shorts, jumpers and/or skorts in khaki color
- \* Collared Golf/Polo shirts, short or long-sleeved, in dark green, white or gray
- \* Collared Shirt Exceptions: Turtlenecks and blouses in dark green, white or gray
- \* All shirts must have the Long Branch Public Schools Emblem

Purchases for clothing can be made at the store of your choice. The district does not have a private provider for clothing. Local stores and vendors that stock the items mentioned above are as follows:

- *Target*
- *Walmart*
- *Kohls*
- *Kmart*
- *JC Penney*
- *Old Navy*
- *GAP*

The District's extension of "Uniformity of Dress" for the current school year will be extremely successful with your cooperation. We look forward to a wonderful school year with many safe and exciting learning opportunities ahead.

Sincerely,

Michael Salvatore, Ph.D.  
Superintendent of Schools





**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT  
LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS  
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740**

**MICHAEL SALVATORE, Ph.D. "Where Children Matter Most"**

Superintendent of Schools  
(732) 571-2868, Ext 40010  
Fax: (732) 229-0797

Estimadas familias en Long Branch,

Las Escuelas Públicas de Long Branch han revisado la poliza de vestir y cuidado personal de los estudiantes. La poliza indica que los estudiantes Pre-escolares hasta el Grado 8 deben de seguir "Uniformidad de vestido". Los estudiantes están requeridos a vestirse usando las siguientes opciones, que se aplica estrictamente:

- \* Pantalones, pantalones cortos, o falda de color caqui
- \* Camisas de polo, de manga cortas o larga, de color verde oscuro, blanco o gris
- \* Excepciones de camisas de polo: Camisas y blusas cuello tortuga de color verde oscuro, blanco o gris
- \* Todas las camisas deben llevar puesta el emblema de las Escuelas Publicas de Long Branch

La compra de ropa puede hacerse en la tienda de su gusto. El distrito no tiene una tienda privada para la compra de ropa. Algunas tiendas locales que venden los artículos de ropa mencionados son:

- *Target*
- *Walmart*
- *Kohls*
- *Kmart*
- *JC Penney*
- *Old Navy*
- *GAP*

Con su cooperación, la extensión de la "Uniformidad de Vestir" del Distrito para el año escolar tendrá gran éxito. Esperamos un año escolar maravilloso con muchas oportunidades de aprendizaje seguras y emocionantes.

Atentamente,  
Michael Salvatore, Ph.D.  
Superintendente de Escuelas



# Long Branch Public Schools

## Registration Packet



**Student Information/ Informacion del Estudiante**



➤ **STUDENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Country of Birth / País de Nacimiento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Student's Birth Certificate # (If applicable) / # de Certificado de Nacimiento (Si es aplicable)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Primary Language Spoken at Home / Idioma hablado en su casa**

<input type="checkbox"/>	English / Inglés
<input type="checkbox"/>	Spanish / Español
<input type="checkbox"/>	Portuguese / Portugués
<input type="checkbox"/>	Italian / Italiano
<input type="checkbox"/>	Creole / Creole (Haitiano)
<input type="checkbox"/>	Korean / Coreano
<input type="checkbox"/>	Russian / Ruso
<input type="checkbox"/>	Chinese / Chino
<input type="checkbox"/>	Other (print below) / Otro (indique abajo)

First entry into U.S. Schools (If applicable)

Entrada inicial en las escuela de los EE.UU. (Si es aplicable)

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

[MM-DD-YYYY]

**2. STUDENT CONTACT INFORMATION / INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ESTUDIANTE**

**A. Primary Residence / Residencia Primaria**

Phone Number / Número de teléfono

			-				-				
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

Street Name / Nombre de la calle

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

City / Ciudad

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

State / Estado

--	--

Who Does the Child Live With? / ¿Con Quién Vive el estudiante?

- Mother / Madre**  
  **Father / Padre**  
  **Both Parents / Ambos Padres**  
  **Grandparent(s) / Abuelo(s)**  
 **Guardian / Tutor**  
  **Other / Otro** \_\_\_\_\_



➤ **STUDENT CONTACT INFORMATION / INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ESTUDIANTE**

**B. Primary Parent/Guardian Information / Información sobre el pariente/guardián primario**

Name of Primary Parent / Guardian / Nombre del pariente/guardián primario

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Relationship to student / Relación parentesca al estudiante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Primary Parent / Guardian home phone number / Número de teléfono

			-			-							
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

Primary Parent / Guardian work phone number / Número de teléfono de trabajo

			-			-							
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

Primary Parent / Guardian cell phone number / Número de teléfono celular

			-			-							
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

**C. Secondary Parent/Guardian Information**

Name of Secondary Parent / Guardian / Nombre del pariente/guardián secundario

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Relationship to student / Relación parentesca al estudiante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Secondary Parent / Guardian home phone number / Número de teléfono

			-			-							
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

Secondary Parent / Guardian work phone number / Número de teléfono de trabajo

			-			-							
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

Secondary Parent / Guardian cell phone number / Número de teléfono celular

			-			-							
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

## ➤ STUDENT CONTACT INFORMATION / INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ESTUDIANTE

### D. Emergency Contact Information / Contacto de Emergencia

Primary emergency contact name / Nombre del contacto primario en caso de emergencia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Relationship to student / Relación parentesco al estudiante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Primary phone number / Número de teléfono Primario

			-				-				
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

Additional phone number / Número de teléfono adicional

			-				-				
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

Secondary emergency contact name / Nombre del contacto secundario en caso de emergencia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Relationship to student / Relación parentesco al estudiante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Primary phone number / Número de teléfono

			-				-				
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

Secondary emergency contact additional phone number / Número de teléfono adicional

			-				-				
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

## 3. STUDENT SUPPORT SERVICES / SERVICIOS DE APOYO AL ESTUDIANTE

1. Does your child speak English? / ¿Su niño habla Ingles?

	Always / Siempre
	Sometimes / A veces
	Never / Nunca

2. Does your child have an Individualized Education Program (IEP) or a 504 Plan? /

¿Su hijo tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP) o plano 504?

	Yes (Provide additional information on Section A) / Sí (proporcione información adicional sobre la Sección A)
	No

➤ **STUDENT SUPPORT SERVICES / SERVICIOS DE APOYO AL ESTUDIANTE**

- A. If applicable, what immediate services are required ( i.e.: medical, counseling, instructional support...)?  
 ¿Si es applicable, qué servicios inmediatos se requieren (médico, consejo, instrucción académica...)?


**4. MORE INFORMATION / MAS INFORMACIÓN**

1. What was the last school the student attended? /Cuál fue la última escuela que el estudiante asistió?

School/ Escuela: \_\_\_\_\_ District/ Distrito: \_\_\_\_\_

2. Has the student previously attended Long Branch Public Schools?  
 El estudiante ha asistido las Escuelas Públicas de Long Branch previamente?

Yes/ No/ Si/ No? \_\_\_\_\_

If so, When?/ Cuando? \_\_\_\_\_ What school?/ Que Escuela? \_\_\_\_\_

3. Does your child have any military connections? (check one)  
 Su hijo tiene conexiones militares? (marque uno)

	<p><b>1= Student is not military connected/ El estudiante no tiene conexiones militares</b></p>
	<p><b>2= Active Duty: Student is a dependent of a member of the Active Duty Forces (full-time) Army, Navy, Air Force, Marine Corps or Coast Guard/ Servicio Activo: El estudiante es un dependiente de un miembro de las fuerzas en servicio activo (a tiempo completo) de Ejercito, Armada, Fuerza Aerea, Infanteria de Marina or la Guarda Costera</b></p>
	<p><b>3= National Guard or Reserve- Student is a dependent of a member of the National Guard or Reserve Forces (Army, Navy, Air Force, Marine Corps or Coast Guard)/ Guardia Nacional o la Reserva- El estudiante es un dependiente de un miembro de la Guardia Nacional o la Reserva de las Fuerzas (Ejercito, Armada, Fuerza Aerea, Infanteria de Marina or la Guarda Costera)</b></p>

## 6. ACKNOWLEDGMENT / RECONOCIMIENTO

By completing and signing this form, I \_\_\_\_\_,  
[Print Full Name]

as Legal Guardian to the child named above, attest that to my knowledge the information provided is correct:

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Al llenar y firmar este formulario, yo \_\_\_\_\_,  
[Imprima su nombre completo]

como tutor legal del menor mencionado anteriormente, aseguro que la información proporcionada es correcta:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Please Note: The Long Branch Public Schools provide a free breakfast program to every student prior the start of the school day.** / Las Escuelas públicas de Long Branch proporcionan un programa de desayuno gratis a cada estudiante antes del inicio de la jornada escolar.



**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT  
LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS  
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740**

---

**“Where Children Matter Most”**

Dear Parent/Guardian:

The Long Branch Public Schools is excited to present the Genesis Student Information System Parent Portal. This powerful tool will allow parents to view their child’s grades, attendance, and schedule via the internet. In order to create an account for this service, please provide the information requested below. Once the system is ready for general use, you will receive an e-mail with your login information and you will be able to view your child’s information only. An active e-mail account is necessary for the setup of users in Genesis.

Please fill out this form completely and either e-mail it to [genesislb@longbranch.k12.nj.us](mailto:genesislb@longbranch.k12.nj.us), or send it to back to your child’s homeroom teacher.

Email address:		
Parent Last Name:		
Parent First Name:		
Parent Middle Name:		
Address:		
Home Phone:		
Alt. Phone:		
Student’s Full Name:		
Sibling(s) Full Name	<b>Full Name</b>	<b>School</b>

---

**Signature of Parent/Guardian**

---

**Date**



**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT  
LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS  
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740**

---

**“Where Children Matter Most”**

Queridos Padres de Familia:

Las Escuelas Públicas de Long Branch están contentos de poder ofrecer el nuevo sistema “Génesis” para los padres. Este programa les permitirá a los padres ver las calificaciones, asistencia y horarios de sus hijos por el Internet. Para poder crear una cuenta de servicios favor de proveer la información apropiada. Cuando el programa este disponible, le enviaremos una correo electrónico con la información para acceder la cuenta de su hijo. Para poder tener acceso al programa “Génesis” es necesario que su cuenta de correo electrónico este activa. Si usted no tiene una cuenta activa, favor de marcar el cuadro en este formulario y le enviaremos una copia de la información por correo.

Favor de completar la siguiente información y enviarla ya sea electrónicamente a [lbpsparents@longbranch.k12.nj.us](mailto:lbpsparents@longbranch.k12.nj.us) o enviar este papel al maestro(a). Gracias!

Dirección de correo electrónico:		
Apellido del Padre:		
Primer nombre del Padre:		
Segundo Nombre del Padre:		
Dirección:		
Número de Teléfono:		
Número de Teléfono Alternativo:		
Nombre del Estudiante:		
Escuela		
Nombres de hermano/a (os/as)	<b>Nombre Completo</b>	<b>Escuela</b>

---

**Firma del Padre:**

---

**Fecha**



**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT  
LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS  
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740**

---

**“Where Children Matter Most”**

Queridos Pais/Guardião:

As escolas publicas de Long Branch estão animados de lhe apresentar o novo sistema de informação do estudante chamado Genesis. Este poderoso instrumento permitirá que os pais vejam as notas de sua criança, a frequência que a criança esta na escola, e sua agenda de classes via a internet. Para criar uma conta para este serviço, forneça as informações solicitadas abaixo. Uma vez que o sistema está pronto par uso geral, você receberá um e-mail con suas informações de login e você será capaz de ver a informação apenas de sua criança. Uma conta de e-mail ativa é necessária para a configuração de usuários em Genesis. Se voce não tiver uma conta de e-mail ativa, marque a caixa abaixo e uma copia dos documentos mencionados será mandado para voce pelo correio.

Por favor, preencha este formulário completamente e envie um e-mail para [genesislb@longbranch.k12.nj.us](mailto:genesislb@longbranch.k12.nj.us) ou enviá-lo de volta para o professor de homeroom. Obrigada!

E-mail:		
Ultimo Nome dos Pais:		
Primeiro Nome dos Pais:		
Nome do Meio dos Pais:		
Endereço:		
Telefone de Casa:		
Telefone Alternativo:		
Nome Completo de Estudante:		
Nome dos Irmãos	<b>Nome Completo</b>	<b>Espola</b>

---

**Assinatura dos Pais:**

---

**Data**



**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT  
LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS  
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740**

**“Where Children Matter Most”**

**REQUEST FOR STUDENT RECORDS**

<b>Student:</b> _____ <b>Grade:</b> _____ <b>Date of Birth:</b> _____ <b>State ID#:</b> _____
--

**REQUEST FOR STUDENT RECORDS**

**Last School Attended**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**School Address**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**City**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**State**

--	--

**Date Last Attended**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[DD-MM-YYY]

**School Phone Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

The above student has been registered in the Long Branch Public School District, please forward all academic/health (original A45 form), IEP and Special Placement Information records concerning this student to the school specified below.

**\*FOR OFFICE USE ONLY:**

<b>School Name:</b> _____	<b>Address:</b> _____
<b>Phone Number:</b> _____	<b>Fax:</b> _____ <b>Attention:</b> _____

As a legal guardian to the student named above, by completing this form, I give permission for the release of any and all information requested.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
**Signature of Parent/Guardian** **Date**





**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT  
LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS  
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740**

**“Where Children Matter Most”**

**PARENTAL CONSENT TO PUBLISH STUDENT PROGRAMS AND ACTIVITIES**



Dear Long Branch Families,

During the school year, the children participate in various programs and activities, which celebrate innovation, character and learning. At times, we broadcast these events to the public via social media, television, local newspapers and/or our webpage.

We realize some families would like to preserve the anonymity of their child/children and would prefer NOT to be included in broadcasts; therefore, we kindly request you complete the information below and return to your child's teacher.



**PARENTAL CONSENT TO PUBLISH STUDENT PROGRAMS AND ACTIVITIES**

**Student:** \_\_\_\_\_ **Grade:** \_\_\_\_\_ **Homeroom:** \_\_\_\_\_

**Signature of Parent:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**I DO NOT give permission for my child's photo to be used.**

**I GIVE permission for my child's photo to be used.**



**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT  
LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS  
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740**

**“Where Children Matter Most”**

**Home Language Survey**

New Jersey Department of Education regulations require that all schools determine the language(s) spoken in each student’s home in order to identify their specific language needs. This information is essential in order for schools to provide meaningful instruction for all students. **If a language other than English is spoken in the home, the District is required to do further assessment of your child.** Please help us meet this important requirement by answering the following questions. Thank you for your assistance.

**Student Information**

_____	_____	_____	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
<b>First Name</b>	<b>Middle Name</b>	<b>Last Name</b>	<b>Gender</b>	
_____	_____	_____		
<b>Country of Birth</b>	<b>Date of Birth (mm/dd/yyyy)</b>	<b>Date first enrolled in ANY US school</b>		

**School Information**

_____	_____	_____
<b>Start Date in New School</b>	<b>Name of Former School and Town</b>	<b>Current Grade</b>

<b>Questions for Parents/Guardians</b>	
<b>What is the native language(s) of each parent/guardian?</b>  _____ Mother  _____ Father  _____ Guardian	<b>Which language(s) are spoken with your child?</b> <i>(include relatives-grandparents, uncles, aunts, etc &amp; caregivers)</i>  _____ sometimes / often / always  _____ sometimes / often / always  _____ sometimes / often / always
<b>What language did your child <u>first</u> understand and speak?</b>	<b>Which language do you use most to communicate with your child?</b>
<b>Which other languages does your child know?</b>  _____ speak / read / write  _____ speak / read / write	<b>Which languages does your child use to communicate?</b>  _____ sometimes / often / always  _____ sometimes / often / always
<b>Will you require written information from school in your native language?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  X	<b>Will you require an interpreter/translator at Parent-Teacher meetings?</b>
Parent/Guardian Signature:  X	_____ <b>Today's Date:</b> (mm/dd/yyyy)



**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT  
LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS  
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740**

**“Where Children Matter Most”**

**Idioma hablado en el hogar**

Los reglamentos del Departamento de Educación de New Jersey exigen que *todas* las escuelas determinen los idiomas que se hablan en los hogares de los estudiantes para así identificar sus necesidades específicas relacionadas con el idioma. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveer instrucción que todos los estudiantes puedan aprovechar. **Si en su hogar se habla otro idioma que no sea inglés, se requiere que el Distrito evalúe a su hijo más a fondo.** Ayúdenos a cumplir con este importante requisito respondiendo a las siguientes preguntas. Gracias por su ayuda.

**Información del estudiante**

Nombre	Segundo nombre	Apellido	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Pais de nacimiento	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Fecha de matriculación inicial en cualquier escuela de E.U. (mm/dd/aaaa)	Sexo

**Información de la escuela**

Fecha de comienzo en la escuela nueva	Nombre de la escuela y ciudad anterior	Grado
---------------------------------------	--	-------

<b>Preguntas para los padres/encargados</b>	
<p align="center">¿Cuál es el idioma natal del padre/la madre/los encargados?</p> <p>_____ Madre</p> <p>_____ Padre</p> <p>_____ Encargado</p>	<p align="center">¿Qué idioma(s) se habla(n) con su hijo? (incluya parientes -abuelos, tíos, tías, etc. - y encargados del cuidado)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p align="center">¿Cuál fue el primer idioma que entendió y habló su hijo?</p>	<p align="center">¿Qué idioma usa usted principalmente con su hijo?</p>
<p align="center">¿Qué otros idiomas sabe su hijo?</p> <p>_____ habla / lee / escribe</p> <p>_____ habla / lee / escribe</p>	<p align="center">¿Qué idiomas usa su hijo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>¿Requerirá usted la información impresa de la escuela en su idioma natal?</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Requerirá usted un intérprete/traductor en reuniones de padres y maestros?</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No</p>
<p>X</p> <p align="center">Firma del padre/la madre/encargado:</p>	<p align="center">_____ / _____ /20</p>
<p>X</p>	

LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS  
Long Branch, New Jersey  
Transportation Request

New Entrant \_\_\_\_\_ Moved \_\_\_\_\_  
Change in Transportation  
SCHOOL \_\_\_\_\_  
GRADE \_\_\_\_\_

**\*Please mark only one (X) for an AM box and one (X) for PM box.  
You can choose from Walker, Bus, Babysitter or the Wrap-Around Program**

**Child's Name/Nombre de Nino** \_\_\_\_\_ **Date/Fecha** \_\_\_\_\_

Check all boxes that apply:



1  I will drive my child.  AM  
I will drive my child.  PM  
Parent will drive child to /from school

2  My child needs bus transportation.  AM  
(Check sitter info below, if needed)  PM

3 <input type="checkbox"/> My child will go to a babysitter (within Long Branch School District) (Fill in additional sitter information)	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM
	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM
	Sitter's Name: _____ Sitter's Phone: _____ Sitter's Address: _____	
	<b>AM</b>	<b>PM</b>
	Sitter's Name: _____ Sitter's Phone: _____ Sitter's Address: _____	Sitter's Name: _____ Sitter's Phone: _____ Sitter's Address: _____

4  My child will go to wrap-around care.  AM  PM  
**CHILD MUST BE REGISTERED WITH THE WRAP-AROUND PROGRAM  
BEFORE THEY CAN ATTEND.**  
(transportation is not provided to/from home for wrap around care)

**ANY CHANGES to transportation must be made in person at your child's school.**

# LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS

*"Where Children Matter Most"*

540 BROADWAY  
LONG BRANCH, NJ 07740



## DISTRICT MEDICAL FORMS



**LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS**  
**SCHOOL BASED YOUTH SERVICES PROGRAM**  
404 Indiana Ave, Long Branch, New Jersey 07740

**MICHAEL SALVATORE, Ph.D.**  
Superintendent of Schools

**“Where Children Matter Most”**

**Kathleen Celli, RN**  
District Head Nurse/ SBYS Director

**New Jersey Department of Health**  
**MINIMUM IMMUNIZATION REQUIREMENTS FOR SCHOOL ATTENDANCE**  
**IN NEW JERSEY**

N.J.A.C. 8:57-4 Immunization of pupils in school

**Grace Period:**

30-Day Grace Period: Those children transferring into a New Jersey school, pre-school, or child care center from out of state/out of country may be allowed a 30-day grace period in order to obtain past immunization documentation before provisional status shall begin.

**Provisional Admission:**

Provisional admission allows a child to enter/attend school after having received a minimum of one dose of each of the required vaccines. Pupils must be actively in the process of completing the series.

**Pupils must receive the required vaccines otherwise exclusion from school will be necessary.**

**If you need an appointment for immunizations/Physical exams call Monmouth Family Health Center  
732-413-2030/732-923-7100**

.....  
**Departamento de Salud de Nueva Jersey**  
**REQUISITOS DE VACUNAS MINIMO DE ASISTENCIA ESCUELA EN NUEVA JERSEY**

N.J.A.C. 8:57-4 La inmunización de los alumnos de la escuela

**Periodo de gracia:**

30 días de periodo de gracia: Esos niños transferidos en una escuela de Nueva Jersey, preescolar, o un centro de cuidado de niños de fuera del estado / fuera del país se puede permitir un periodo de gracia de 30 días con el fin de obtener la documentación de inmunización pasado antes de estado provisional comenzará.

**Admision provisional:**

Admisión provisional permite a un niño para entrar / asistir a la escuela después de haber recibido un mínimo de una dosis de cada una de las vacunas requeridas. Los alumnos deben estar activamente en el proceso de completar la serie.

**Los alumnos deben recibir las vacunas requeridas de lo contrario exclusión de la escuela será necesario.**

**Si necesita una cita para llamadas vacunas/exámenes físicos- llame Monmouth Family Health Center  
732-413-2030 / 732-923-7100**



**LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS**  
**SCHOOL BASED YOUTH SERVICES PROGRAM**  
404 Indiana Ave, Long Branch, New Jersey 07740

**MICHAEL SALVATORE, Ph.D.**  
Superintendent of Schools

**“Where Children Matter Most”**

**Kathleen Celli, RN**  
District Head Nurse/ SBYS Director

**New Jersey Department of Health**  
**MINIMUM IMMUNIZATION REQUIREMENTS FOR SCHOOL ATTENDANCE**  
**IN NEW JERSEY**

N.J.A.C. 8:57-4 Immunization of pupils in school

**Grace Period:**

30-Day Grace Period: Those children transferring into a New Jersey school, pre-school, or child care center from out of state/out of country may be allowed a 30-day grace period in order to obtain past immunization documentation before provisional status shall begin.

**Provisional Admission:**

Provisional admission allows a child to enter/attend school after having received a minimum of one dose of each of the required vaccines. Pupils must be actively in the process of completing the series.

**Pupils must receive the required vaccines otherwise exclusion from school will be necessary.**

**If you need an appointment for immunizations/Physical exams call Monmouth Family Health Center  
732-413-2030/732-923-7100**

**Departamento de Saúde de Nova Jersey**  
**REQUISITOS MINIMOS PARA IMUNIZAÇÃO FREQUENCIA ESCOLAR**  
**EM NOVA JERSEY**

N.J.A.C. 8: 57-4 A imunização de alunos na escola

**Período de carencia:**

30-Dia Carência: Aquelas crianças que transferem em uma escola de Nova Jersey, pré-escola ou creche de fora do estado / fora do país podem beneficiar de um periodo de carência de 30 dias, a fim de obter documentação imunização passado, antes estatuto provisório deverá começar.

**Admissão provisória:**

Admissão provisória permite que uma criança para entrar / frequentar a escola depois de ter recebido um mínimo de uma dose de cada uma das vacinas necessárias. Os alunos devem ser activamente no processo de completar a série.

**Os alunos devem receber as vacinas exigidas caso contrário a exclusão da escola será necessário.**

**Se você precisa de um compromisso para a chamada imunizações Monmouth Family Health Center.  
732-413-2030-732-923-7100**



**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT  
LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS  
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740**

**“Where Children Matter Most”**

Your child's learning depends upon good health. To assist in providing health services at school, please complete and return this form. / *Por favor rellene el formulario.*

<b>STUDENT'S NAME</b> / <i>Nombre del Estudiante:</i>	<b>DATE OF BIRTH</b> / <i>Fecha de Nacimiento:</i>	<b>SEX</b> / <i>Sexo:</i>  <b>M F</b>
---	--	---

**1. Does your child have any of the following conditions/illnesses?**  
*Su niño/niña tiene algunas de estas condiciones?*

**√CHECK ANY THAT APPLY √ (MARCA LA QUE APLICA)**

<b>ADHD</b>	<b>Heart condition</b> ( <i>enfermedad del corazón</i> )
<b>Allergy</b> ( <i>Alergias</i> )	<b>Hepatitis</b> ( <i>hepatitis</i> )
<b>Bee sting allergy</b> ( <i>Alergia a picadura de abejas</i> )	<b>Hernia</b>
<b>Food allergy</b> ( <i>alergia de comidas</i> )	<b>Hospitalization /emergency room visits</b>
<b>Medication allergy</b> ( <i>alergia de medicinas</i> )	<b>Lead poisoning</b> ( <i>envenenamiento por plombo</i> )
<b>Peanut allergy</b> ( <i>alergia nueces/cacahuete</i> )	<b>Lyme Disease</b>
<b>Asthma</b> ( <i>Asma</i> )	<b>Menstrual Problems</b> ( <i>problemas de menstruación</i> )
<b>Bladder problems</b> ( <i>problemas de las vejiga</i> )	<b>Mononucleosis</b>
<b>Broken bones</b> ( <i>fracturas</i> )	<b>Nosebleeds</b> ( <i>sangra mucho de la nariz</i> )
<b>Bone or joint problems</b> ( <i>problemas musculares</i> )	<b>Operations</b> ( <i>Operaciones</i> )
<b>Cancer</b> ( <i>cáncer</i> )	<b>Rheumatic Fever</b> ( <i>Fiebre Reumática</i> )
<b>Chicken pox</b> ( <i>viruelas</i> )	<b>Scoliosis</b> ( <i>Escoliosis</i> )
<b>Chest pains</b> ( <i>dolor de pecho</i> )	<b>Seizures</b> ( <i>Convulsiones</i> )
<b>Contagious disease</b> ( <i>Enfermedades contagiosa</i> )	<b>Serious Illness/Injury</b> ( <i>enfermedad/accidente serio</i> )
<b>Concussion</b> ( <i>conmoción cerebra</i> )	<b>Sickle Cell Anemia</b> ( <i>Anemia de células falciformes</i> )
<b>Dental problems</b> ( <i>problemas dental</i> )	<b>Skin Rashes</b> ( <i>problemas de la piel</i> )
<b>Diabetes</b> ( <i>diabetis</i> )	<b>Sleeping Problems</b> ( <i>problemas de dormir</i> )
<b>Dietary restrictions</b> ( <i>restricciones de dieta</i> )	<b>Strep Infections</b> ( <i>Infección de la garganta</i> )
<b>Ear infections/tubes</b> ( <i>infección del oído/tubos en los oídos</i> )	<b>Substance Abuse</b> ( <i>toxicomanía/alcohólico</i> )
	<b>Stitches</b> ( <i>puntos</i> )
<b>Fainting</b> ( <i>desmayo</i> )	<b>Tuberculosis</b>



2. Please explain any checked answers / *Haga el favor de comentar sobre los problemas medicos:*

---

---

3. School transferring from / *Escuela de Transferencia:*

---

4. Did student ever attend Long Branch Public Schools?  Yes  No  
*El estudiante ha asistir a las Escuelas Públicas de Long Branch?*

**Important Questions / Preguntas Importantes**

1. Was the child born premature? / *El niño nació prematuro?*  Yes  No
2. Did the child have any difficulty before, during or after delivery?  Yes  No  
*El niño/niña tuvo problemas durante el parto?*
3. Did the child have any delays in sitting or walking?  Yes  No  
*El niño/niña se detuvo en aprender a sentarse o caminar?*
4. Did the child have any delays in starting to speak?  Yes  No  
*El niño/niña se detuvo en aprender a hablar?*
5. Does the child have any speech problems?  Yes  No  
*El niño/niña tiene problemas al hablar?*
6. Does the child wear eyeglasses or contact lenses?  Yes  No  
*El niño/niña usa los anteojos o lentes de contacto?*
7. Does the child have any hearing difficulty?  Yes  No  
*El niño/niña tiene problemas de oír?*
8. Does the child take any medication besides vitamins daily?  Yes  No  
*El niño/niña necesita medicamentos?*
9. Has the child ever had a serious illness or injury?  Yes  No  
*El niño/niña tuvo un golpe serio?*
10. Has the child ever had an operation?  Yes  No  
*El niño/niña tuvo una operación?*
11. Does your child have depression or emotional difficulties?  Yes  No  
*El niño/niña tiene depresión o dificultades emocionales?*

12. Mother's age at birth of this child: \_\_\_\_\_  
*Edad de la madre en el nacimiento de este niño:*

13. Date of last physical exam: / *Fecha del último examen físico:* \_\_\_\_\_

13A. Please explain any "YES" answers or medical problems in this area.  
*Haga el favor de comentar sobre los problemas médicos del niño/niña.*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Do you have health insurance? / *Tiene segura de salud?*  Yes  No

15. Name of Health Care Provider / *Nombre del eguro medico:*

\_\_\_\_\_

**Signature / Firma:** \_\_\_\_\_ **Date / Fecha:** \_\_\_\_\_

**UPDATED IMMUNIZATION RECORD MUST BE ATTACHED TO FORM.**  
**REGISTRO DE VACUNAS ACTUALIZADOS DEBE ESTAR JUNTO CON ESTE FORMULARIO**



**OFFICE OF THE SUPERINTENDENT  
LONG BRANCH PUBLIC SCHOOLS  
540 Broadway, Long Branch, New Jersey 07740**

**“Where Children Matter Most”**

**FORM MUST BE COMPLETED BY DOCTOR & RETURNED TO NURSE**

ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO POR EL DOCTOR y DEVOLVER A LA ENFERMERA

**District policy requires students to have periodic physical exams as follows:**

La política del Distrito requiere que los estudiantes tienen exámenes físicos periódicos:

- All new students pre k -12/ Todos los nuevos estudiantes de pre k -12
- Students in grades 4-10/ Los estudiantes en grados 4-10
- Pupil Personnel Service Referrals/ Referidos de parte Servicios de Pupil Personell
- Working Papers/ Documentos de trabajo

**Please have your child’s Health Care Provider complete this form and return it to the School Nurse.** Examinations completed within the past 6 months do not have to be repeated, but documentation of the examination is required. Por favor tenga un proveedor de salud completar este formulario y devuélvalo a la enfermera de la escuela. Exámenes completados en los últimos 6 meses no tienen que ser repetido, pero se requiere la documentación del examen.

Student \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Date of birth \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_ Exam Date: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

DPT #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ #3 \_\_\_\_\_ #4 \_\_\_\_\_ #5 \_\_\_\_\_

Tdap #1 \_\_\_\_\_

OPV/IPV #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ #3 \_\_\_\_\_ #4 \_\_\_\_\_

HIB #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ #3 \_\_\_\_\_ #4 \_\_\_\_\_

MMR #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ #3 \_\_\_\_\_

HEP B #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ #3 \_\_\_\_\_

HEP A #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_

Varivax #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_

Gardasil #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ #3 \_\_\_\_\_

Menactra #1 \_\_\_\_\_

MMR Titer date \_\_\_\_\_ Pos./Neg. Varicella Titer date \_\_\_\_\_ Pos./Neg.

Seasonal Flu Vaccine #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_

Medical or Religious Exemption/explain \_\_\_\_\_

Past Medical History \_\_\_\_\_

Current Medications \_\_\_\_\_

Ht. \_\_\_\_\_ Wt. \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_ B/P \_\_\_\_\_ Pulse \_\_\_\_\_

Eyes \_\_\_\_\_ Vision R 20/ \_\_\_\_\_ L 20/ \_\_\_\_\_ Glasses/Contacts \_\_\_\_\_

Hearing: Right \_\_\_\_\_ Left \_\_\_\_\_

Ears (otoscopic) \_\_\_\_\_ Myringotomy Tubes Right \_\_\_\_\_ Left \_\_\_\_\_

Nose, throat, mouth \_\_\_\_\_

Cardiovascular \_\_\_\_\_

Respiratory \_\_\_\_\_

Genito-urinary \_\_\_\_\_

Hernia \_\_\_\_\_

Liver \_\_\_\_\_

Lymph glands \_\_\_\_\_

Musculoskeletal \_\_\_\_\_

Neurological \_\_\_\_\_

Nutrition \_\_\_\_\_

Posture/Scoliosis \_\_\_\_\_

Skin \_\_\_\_\_

Speech \_\_\_\_\_

Spleen \_\_\_\_\_

Laboratory Tests \_\_\_\_\_

1. Is student subject to any condition which limits:

Physical education? \_\_\_\_\_

Competitive sports? \_\_\_\_\_

Classroom activities? \_\_\_\_\_

2. Is there any emotional, mental or physical condition for which the student should remain under periodic medical supervision? \_\_\_\_\_

\*MEDICAL OFFICE STAMP:

TODAY'S DATE: \_\_\_\_\_

---

SIGNATURE OF PHYSICIAN

KC/kwh: 11/3/15