



**ANUNCIO DE PRE-REGISTRACION PARA EL KINDERGARTEN  
PARA EL AÑO ESCOLAR 2019-2020**

Lunes, 04 de febrero de 2019 a partir estará aceptando solicitudes de preinscripción para estudiantes entrando al Kindergarten en el año 2019-2020. Estudiantes entrando al Kindergarten deben tener cinco 5 años por 15 de octubre de 2019.

La Oficina Central de registro será abierto lunes, 04 de febrero de 2019 a través de viernes, 22 de febrero de 2019, de 9:00 – 13:00 para los padres o tutores para sus hijos. Esta oficina está cerrada el lunes, 18 de febrero de 2019 en honor al día del Presidente.

\* La oficina estará abierta en 05 de febrero de 2019 y 12 de febrero de 2019 de 18:00 – 20:00.

**Ninguna cita es necesario pre-registros Kinder.**

Paquetes de inscripción están disponibles en la Oficina Central del registro o puede descargarse de nuestro sitio web: [www.oceanschools.org](http://www.oceanschools.org). Completado el registro paquetes deben enviarse a la Oficina Central de registro en el momento de la inscripción. La Oficina Central de registro está situada en el edificio de la Junta de educación, 163 Monmouth Road, Oakhurst 07755 NJ. Además el paquete de inscripción los siguientes documentos (deben ser originales) se solicitan en el momento de la inscripción. El Registrador hará una copia de los documentos para expedientes de la escuela y devolverá los originales a los padres/tutores.

❖ **Prueba de Domicilio o Residencia \***

- Factura de impuestos; escritura o declaración de hipoteca para los propietarios; un contrato de alquiler actual para los inquilinos, junto a una Declaración jurada de Alquiler (última página del paquete de inscripción)

Y

- Dos de los siguientes: Electricidad, gas, agua, alcantarillado, cable, factura telefónica.

❖ **Certificado de Nacimiento para el Estudiante** - El original debe ser proporcionado dentro de los 30 días de la fecha de iniciada la inscripción según el código N.J.S.A. 18A: 36-25.1

❖ **Registro de Salud** - La ausencia de información médica del estudiante no afectará la elegibilidad para registrarse en la escuela, aunque la asistencia puede ser aplazada hasta el cumplimiento de las normas sobre la inmunización de los estudiantes, N.J.A.C. 8: 57 - 4.1 y siguientes.

---

*\*Si usted no puede entregar las pruebas de residencia mencionada porque acaba de mudarse al Municipio de Ocean, está viviendo con una familia o amigos que son residentes del Municipio de Ocean, el contrato de alquiler no está a su nombre o su hijo vive con residentes del Municipio de Ocean, aparte de su padre/tutor; puede ponerse en contacto con Mrs. Amato en la oficina del superintendente a (732) 531-5600, ext.3000 antes de la registración.*

**Paso final en el proceso de registro: Prueba de Habilidades de Kindergarten - 28 de mayo de 2019**

Un programa de cuidado extendido para los estudiantes de kindergarten estará disponible a través de *Project Extend*. Información adicional está disponible en [www.oceantwp.org](http://www.oceantwp.org)

**SECCIÓN I**  
**INFORMACIÓN DEL ALUMNO/FAMILIA**

Solo Para Uso De La Oficina  
Fecha de la Solicitud para el  
Registro \_\_\_\_\_

**REGISTRO DEL ALUMNO:** *Por favor, escriba con letra **impresa***

Apellido(s) del Estudiante: \_\_\_\_\_

*(Como aparece en el certificado de nacimiento)*

Nombre(s) del Estudiante: \_\_\_\_\_

*(Como aparece en el certificado de nacimiento)*

Nombre(s) del Medio o Inicial: \_\_\_\_\_

*(Como aparece en el certificado de nacimiento)*

Apodo del Alumno: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ciudad de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado o Provincia de Nacimiento: \_\_\_\_\_

País de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:     Masculino     Femenino                      Grado/Curso \_\_\_\_\_

Grupo Étnico (Marque Uno)

- Raza Indígena de Alaska/Indígena de América
- Raza Asiática
- Raza Negra (No Hispana)
- Raza Hawaiana/Islas del Pacífico
- Raza Hispana/Latina
- Raza Blanca (Origen No Hispano)

**RESIDENCIA ACTUAL:**     Residencia Propia/Dueños                       Alquilada/Vencimiento \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_

Número de Depto.: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta casa/apartamento? \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO (solamente si es diferente de la dirección actual):**

Calle: \_\_\_\_\_

Número de Depto.: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO ANTERIOR:**

Calle: \_\_\_\_\_

Número de Depto.: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta casa/apartamento? \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTOR:**

Nombre de la persona que registra al alumno: \_\_\_\_\_

Parentesco con el estudiante: \_\_\_\_\_

El estudiante reside con: (marque uno):  Los dos Padres

Solamente Padre 1

Padre 1 y Padraastro/Madrastra

Solamente el Padre 2

Padre 2 y Padraastro/Madrastra

A cargo de CP&

Foster Home

Tutor

*(La siguiente información debe ser completada por **los dos padres**. Si el alumno tiene un Tutor, la información de los padres **también debe** ser completada. Gracias).*

Nombre del Padre 1: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Dirección del Padre 1: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono del Padre 1 (Durante el horario escolar): \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa del Padre 1: \_\_\_\_\_ Celular del Padre 1: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico del Padre 1: \_\_\_\_\_

Empleador del Padre 1: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Trabajo del Padre 1: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre 2: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Dirección del Padre 2: \_\_\_\_\_

Teléfono del Padre 2 (Durante el horario escolar): \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa del Padre 2: \_\_\_\_\_ Celular del Padre 2: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico del Padre 2: \_\_\_\_\_

Empleador del Padre 2: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Trabajo del Padre 2: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madrastra/Padrastra: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Celular Madrastra/Padrastra: \_\_\_\_\_

Empleador de la Madrastra/Padrastra: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Trabajo de la Madrastra/Padrastra: \_\_\_\_\_

**Si los padres del alumno están domiciliado en otro distrito, sin importar quién tiene la custodia, por favor conteste las siguientes preguntas:**

¿Hay una orden del juzgado o acuerdo por escrito entre los padres nombrando el distrito donde debe asistir el alumno? ¿Dónde se requiere que el alumno asista a la escuela? (*Debe proporcionar una copia de este documento*).  No  Si / Nombre del Distrito \_\_\_\_\_

¿Vive el alumno con uno de los padres durante todo el año escolar? ¿Con cuál padre y en qué dirección? \_\_\_\_\_

Si no, ¿Por cuánto tiempo se queda el alumno con cada padre y en qué dirección? \_\_\_\_\_

Si el alumno vive con los dos padres por igual parte del tiempo, alternando semana/mes o algo parecido, ¿Con cuál padre vivió el alumno en el último día de la escuela antes del 16 de Octubre previo a la fecha de esta aplicación? \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** *Por favor, tenga en cuenta que si el Municipio de Ocean es el distrito del domicilio con propósitos de asistencia escolar, el distrito no tiene obligación legal a proporcionar transporte a ningún alumno que viva afuera del distrito; incluso la asistencia de medio tiempo. El distrito solamente ofrece transporte a los alumnos que residan en el Municipio de Ocean.*

**INFORMACIÓN SOBRE EL TUTOR (complete solamente si el alumno no vive con un padre):**

Nombre del Tutor: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Parentesco del Tutor con el Alumno \_\_\_\_\_

Dirección del Tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono del Tutor (Durante la hora escolar): \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa del Tutor: \_\_\_\_\_ Celular del Tutor: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico del Tutor: \_\_\_\_\_

Empleador del Tutor: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Trabajo del Tutor: \_\_\_\_\_

Por favor, llene la siguiente información si el alumno ha sido colocado por una agencia del Gobierno, con el Tutor mencionado arriba:

Nombre de la Agencia del Gobierno: \_\_\_\_\_

¿Han sido los derechos de los padres terminados a favor del Tutor? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es Sí, ¿En qué fecha ocurrió? \_\_\_\_\_

**HERMANOS MATRICULADOS EN EL DISTRITO:**

Apellido(s) y Nombre(s): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Apellido(s) y Nombre(s): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Apellido(s) y Nombre(s): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Apellido(s) y Nombre(s): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Idioma primario del alumno: \_\_\_\_\_

Idioma nativo hablado por los padres o el tutor: \_\_\_\_\_

Idioma hablado en casa: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

**Nombre del Contacto #1**

**Aparte de los padres:** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Parentesco con el Alumno \_\_\_\_\_

Teléfono (durante el horario escolar): \_\_\_\_\_

**Nombre del Contacto #2**

**Aparte de los padres:** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Parentesco con el Alumno \_\_\_\_\_

Teléfono durante el horario escolar: \_\_\_\_\_

**¿Hay alguna persona que NO esté permitida ponerse en contacto con el alumno?**

Apellido(s) y Nombre(s): \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Hay una orden legal de restricción contra cualquier individuo hacia el Alumno? [Si es así, por favor, proporcione *una copia de la orden de restricción*].

¿Hay algún otro documento legal que establezca que alguien no pueda tener contacto con el estudiante? [Si es así, por favor, proporcione *una copia de este documento legal*].

**INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD**

Nombre del Médico del Alumno: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista del Alumno: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

¿El Alumno tiene Seguro Médico o de Salud? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si la respuesta es Sí, ¿Cómo se llama la Compañía de Seguro Médico o de Salud?

Si la respuesta es No, ¿Le gustaría recibir información acerca del programa *NJ Family Care*?

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**RESTRICCIONES MÉDICAS**

¿Tiene el alumno alguna restricción médica o limitación en las actividades sociales? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Explique por favor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SECCIÓN II**

**INFORMACIÓN EDUCATIVA**

**DISTRITO AL QUE ASISTIÓ EL ALUMNO ANTERIORMENTE:** *Por favor, escriba con letra imprenta*

Escuela/Distrito: \_\_\_\_\_

Ultimo Cursos/Grados cursado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Escuela: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN EDUCATIVA**

¿Asistió el alumno a una escuela infantil (Prescolar/Pre-K) antes de entrar en Kindergarten?

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿El programa fue de día entero o medio día?

\_\_\_\_\_ Día entero \_\_\_\_\_ Medio día

Nombre de la Escuela Infantil (Prescolar/Pre-K): \_\_\_\_\_

¿Fue el alumno retenido o repitió algún curso o grado? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si la respuesta es Sí, ¿Cuál grado/curso? \_\_\_\_\_

¿Ha sido el alumno evaluado por un Equipo Especializado en el Estudio de los Niños, también conocido como "Child Study Team"?

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Tiene el alumno dificultades en el aprendizaje? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Fue el alumno inscrito/matriculado en un programa de Educación Especial, también conocido como "Special Education" o Salón de Recursos "Resource Room"?

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Por favor, explique:

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

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Por favor escriba aquí cualquier otra información importante acerca de la educación del alumno o sus necesidades sociales o emocionales que no ha sido mencionada anteriormente:

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

**INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA EDUCATIVO**

*Por favor, marque el/los programa(s) al cual su hijo/a ha participado.*

**PROGRAMA**

**GRADO**

- |   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Programa para mejorar habilidades  | _____ |
| <input type="checkbox"/> ESL (Ingles como Segundo Idioma)   | _____ |
| <input type="checkbox"/> Clases Bilingües                   | _____ |
| <input type="checkbox"/> Programa para Dotados y Talentosos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Escuela Vocacional                 | _____ |

**Servicios de Educación Especial** *(Marque todos que apliquen)*

- |  |       |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Intervención Temprana/Prematura | _____ |
| <input type="checkbox"/> Apoyo En Clase                  | _____ |
| <input type="checkbox"/> Centro De Recursos              | _____ |
| <input type="checkbox"/> Clase Autónoma                  | _____ |
| <input type="checkbox"/> Plan 504                        | _____ |
| <input type="checkbox"/> Logopedia                       | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____                    | _____ |

¿Ha adjuntado una copia del IEP (Plan de Educación Individual) del Alumno?

Sí  No

¿Está el alumno ahora una situación "Fuera del Distrito"?

Sí  No

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_



**MUNICIPIO DEL DISTRITO DE OCEAN**  
**Office of World Cultures**  
500 West Park Avenue  
Oakhurst, New Jersey 07755  
Phone: 732-531-5650 x 1009

JOHN BOSMANS  
Supervisor of World Cultures

**ENCUESTA DEL IDIOMA EN CASA**

Queridos Padres/Tutor:

Esta requerido por el Código Administrativo de Nueva Jersey (N.J.A.C.6ª:15-1.3) que cada Distrito escolar haga una Encuesta de Idiomas en el Hogar, para identificar los alumnos que pueden o necesitan ser evaluados para determinar la capacidad del dominio en el idioma de inglés.

Para cumplir con los requisitos del estado, le pedimos amablemente su cooperación para completar este formulario.

Sinceramente,  
JOHN BOSMANS  
Supervisor of World Cultures

---

---

**POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE Y COMPLETE TODO EL FORMULARIO**

Apellido(s) y Nombre(s) del Alumno: _____	
_____	Grado/Curso: _____
Lugar de Nacimiento del Alumno	
Ciudad: _____	Estado/Provincia: _____
País: _____	
Año de entrada en los EE.UU (Mes/Año): _____	
Primera fecha de entrada en una escuela en Estados Unidos (Mes/Año): _____	
Grado de parentesco que tiene la persona llenando esta encuesta:	
____ Madre    ____ Padre    ____ Tutor    ____ Otro (explique) _____	

**Instrucciones:** Marque la respuesta correcta para cada pregunta

- |  | English | Otro |
|--|---------|------|
| 1. ¿Qué idioma aprendió el alumno cuando empezó a hablar por primera vez?      | [ ]     | [ ]  |
| 2. ¿Qué idioma habla la familia en casa la mayoría del tiempo?                 | [ ]     | [ ]  |
| 3. ¿En qué idioma habla los padres o tutores del alumno la mayoría del tiempo? | [ ]     | [ ]  |
| 4. ¿Qué idioma habla el alumno con sus padres/tutores la mayoría del tiempo?   | [ ]     | [ ]  |
| 5. ¿En qué idioma habla el alumno con sus hermanos la mayoría del tiempo?      | [ ]     | [ ]  |
| 6. ¿En qué idioma habla el alumno con sus amigos la mayoría del tiempo?        | [ ]     | [ ]  |

Sus respuestas a las preguntas anteriores nos ayudarán a determinar el mejor programa para la instrucción del alumno. Por favor, escriba el nombre del "otro" idioma u otros idiomas que usted indicó arriba.

Otro(s) idioma(s): \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que ha llenado esta encuesta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SECCIÓN III**  
**FIRMAS REQUERIDAS Y CERTIFICACIONES**  
**(POR FAVOR FIRME ADELANTE DEL NOTARIO PÚBLICO)**

**Aparatos Electrónicos y Acceso a Internet**

*Como padre/Tutor de este alumno, usted recibirá una copia del Manual del Alumno Para Padres del distrito de Ocean, en el cual se detalla las reglas sobre el uso de la tecnología en nuestras escuelas. Por favor, es muy importante que lea cuidadosamente la siguiente información y firme en la línea que aparece abajo.*

- Entiendo que los aparatos electrónicos tales como casete CD/DVD, aparatos para grabar, radios, localizador y punteros de laser están prohibidos en la escuela. Los Alumnos en posesión de estos artículos serán confiscados y solo serán devueltos al padre o tutor del menor.
- Entiendo que el distrito de esta escuela proporciona acceso a internet solo para el uso educativo, pero puede que no sea posible la restricción de todos los materiales inapropiados en internet. Estoy de acuerdo en dejar sin responsabilidad al distrito de Ocean, a sus empleados y a sus contratados con respecto al contenido de las páginas de internet en la que mi hijo/a haya accedido usando las computadoras de la escuela. También, entiendo que el distrito no tiene ninguna responsabilidad del uso de internet por parte de mi hijo fuera del recinto de la escuela. Yo, por la presente, doy mi permiso al municipio de Ocean para que permita que mi hijo/a tenga acceso a internet.
- Yo he recibido una copia completa del Municipio #5512, sobre Acoso, Intimidación & Abuso. Yo revisaré este documento y entiendo que todas las protecciones y obligaciones de dicha póliza se aplicarán al alumno cuando sean requeridas y/o necesarias.

---

Firma del Padre/Tutor

---

Fecha

**CERTIFICACIÓN DEL REGISTRO**

Yo, Padre/Tutor del Alumno, \_\_\_\_\_ solicito por la presente la inscripción/registro de en la escuela del Municipio de Ocean, condado de Monmouth, Nueva Jersey. Yo certifico que mi hijo/a es apto para una educación gratuita en el municipio de Ocean, ya sea por residencia legal dentro del a zona o por acuerdo formal entre el municipio de la zona de Ocean y otra escuela de otra zona de Nueva Jersey. Yo, también, entiendo que el derecho de mi hijo/a asistir a la escuela de esta zona será investigado y que una falsa información de residencia podría resultar en la expulsión de su hijo/a, con un cálculo con cargos de inscripción.

Yo además doy permiso para revelar información del historial educativo de mi hijo/a las agencias representativas del Estado locales y Federales, con el único propósito del reembolso de Medicaid relativo a los servicios descritos en el IEP (Plan de Educación Individual, si procediese) de mi hijo/a.

Además, yo entiendo que los formularios de las pruebas de salud de la escuela son obligatorios para la inscripción/registro y que hasta que este formulario sea entregado y aprobado por el personal de enfermería, a mi hijo/a no le será permitido participar en los programas de atletismo de la zona

---

Firma del Padre/Tutor

---

Fecha

**MUNICIPIO DEL DISTRITO DE OCEAN  
163 MONMOUTH ROAD,  
OAKHURST, NJ 07755**

**DECLARACIÓN JURADA DE ALQUILER  
(Para ser llenado por el Propietario o Gerente de la Casa/Departamento)**

Nombre del Alumno \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Escuela \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con mayoría de edad, hago esta declaración jurada.  
(Marque Uno: Propietario / Gerente)

Yo, certifico que \_\_\_\_\_ y su hijo/a (*Liste a cada niño por separado*)

\_\_\_\_\_  
(Apellido del Niño) (Nombre del Niño)

\_\_\_\_\_  
(Apellido del Niño) (Nombre del Niño)

\_\_\_\_\_  
(Apellido del Niño) (Nombre del Niño)

Reside en: \_\_\_\_\_  
Número de Edificio/Calle

\_\_\_\_\_  
Número de Departamento Ciudad

\_\_\_\_\_  
Firma del Propietario/Gerente del apartamento Fecha

**Sello Oficial del Departamento**