

# *Pine Hill School District*

---

1003 Turnerville Rd. Pine Hill, NJ 08021

Kenneth K. Koczur, Ed.D.  
*Superintendent*

Office 856-783-6900

## ***¿INSCRIPCIÓN residencia lista***

para ser completada por el empleado de inscripción de Distrito

según ley del estado de Nueva Jersey (N.J.S.A. 18A:38-1 y 18A: 7B-12), es necesario determinar la residencia de estudiantes del distrito escolar por responder la pregunta siguiente: el estudiante reside en cualquiera de las siguientes instalaciones? (Favor verificar en su caso).

\_\_\_ Una casa de los padres posee o alquila (procedimientos de registro sin hogar restantes de Skip. Pages2-4)

\_\_\_ casa de amigo por elección o familia \* (\* abuelo, tía, tío, hermano, hermana, primo, etc..)

\_\_\_ casa de amigo por necesidad o familia \* (\* abuelo, tía, tío, hermano, hermana, primo, etc..)

\_\_\_ casa en motel

\_\_\_ de las madres adolescentes de edad escolar

\_\_\_ *vivienda unifamiliar migrantes albergan*

\_\_\_ *transición vivienda instalaciones* \_\_\_

\_\_\_ *otros (identificar):* \_\_\_

*Estudiante de nombre* \_\_\_\_\_ *Fache* \_\_\_\_\_

*Padres personal* \_\_\_\_\_ *Fache* \_\_\_\_\_

*Remitir esta lista completa y el formulario de declaración de residencia enlace sin hogar los pinos colina del distrito escolar dentro de dos días.*

# *Pine Hill School District*

1003 Turnerville Rd. Pine Hill, NJ 08021

Kenneth K. Koczur, Ed.D.  
*Superintendent*

Office 856-783-6900

## ***FORMULARIO de declaración de residencia*** *Para ser completado en el momento de la inscripción por padre o tutor*

*Es informar a la colina de pino Junta de educación que mi hijo*

---

---

*y \_\_\_\_\_ (padres) estamos residiendo temporalmente en la siguiente dirección: vivimos con*

---

*teléfono # \_\_\_\_\_ (nombre y parentesco)*

*Mi última dirección que alquilé, propiedad o arrendado era*

---

---

*El distrito escolar de que mis hijos asistieron mientras viva en esa dirección fue*

---

---

*Mis hijos asistieron a \_\_\_\_\_ School.*

*Las causas de la m \_\_\_\_\_*

*Fecha:*

---

# *Pine Hill School District*

---

1003 Turnerville Rd. Pine Hill, NJ 08021

Kenneth K. Koczur, Ed.D.  
*Superintendent*

Office 856-783-6900

## *Declaración jurada de padres para ser completado por el padre o tutor*

---

*Yo, \_\_\_\_\_, mayores de edad, siendo bajo juramento sobre mi juramento, quita y dice:*

*Yo estoy domiciliada en la siguiente dirección:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*afirmo que mi hijo (s) \_\_\_\_\_  
es/residan temporalmente en la residencia de familiares o amigos aquí el nombre:*

\_\_\_\_\_  
*porque mi familia no tiene una residencia habitual o permanente de nuestra propia de  
conformidad con N.J.A.C. 6A:17-2.3(a)(3).*

*Certifico que no soy capaz de apoyar o atender a mis hijos por familia o por dificultades  
económicas y mis hijos son no reside con familiares o amigos únicamente a recibir una educación  
libre o mejor por N.J.A.C. 6A:22-3.2.*

*Entiendo que la elegibilidad de mi niño (ren) puede ser objeto de nueva evaluación, y clases  
pueden ser tan...*

# *Pine Hill School District*

---

1003 Turnerville Rd. Pine Hill, NJ 08021

Kenneth K Koczur, Ed.D.  
*Superintendent*

Office 856-783-6900  
Fax 856-783-2955

***Declaración jurada residente***  
a ser completado por el dueño de la casa

Yo, \_\_\_\_\_, mayores de edad, siendo bajo juramento sobre mi juramento, quita y dice:

Yo estoy domiciliada en la siguiente dirección dentro de Pine Hill:

---

---

---

afirmo que la escuela de años menores:

\_\_\_\_\_ son residentes en mi residencia temporalmente por necesidad porque la familia del niño (ren) carece de una residencia habitual o permanente de su propia de conformidad con N.J.A.C. 6A:17-2.3(a)(3).

Esta declaración jurada se hace con el fin de satisfacer los requerimientos de N.J.S.A. 18A:38-1 y N.J.A.C. 6A:17-2.

Esta declaración se hace bajo juramento. Soy consciente de que si cualquiera de las anteriores declaraciones formuladas en la declaración jurada son deliberadamente falsa, puedo ser sujeto a castigo.

\_\_\_\_\_ Firma de propietario

jurado y suscrito ante mí este \_\_\_\_\_

# *Pine Hill School District*

1003 Turnerville Rd. Pine Hill, NJ 08021

Kenneth K Koczur, Ed.D.  
Superintendent

Office 856-783-6900  
Fax 856-783-2955

## Registration Form

Date \_\_\_\_\_

SID# \_\_\_\_\_

### **COMO NOMBRE COMPLETO APARECE EN DOCUMENTOS LEGALES**

STUDENT		
LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME

### **STUDENTS PERSONAL INFORMATION**

Date of birth (mm/dd/yyyy)	Grade Level at Registration	Gender <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female
Birthplace: City	State	Country
Former Pine Hill Student yes/no	Country of Birth	Date first enrolled in ANY U.S. School (mm/dd/yyyy)

### **INFORMACIÓN DE ETNICIDAD Y RAZA**

Ethnicity (check only one): <input type="radio"/> Hispanic or Latino <input type="radio"/> Not Hispanic or Latino	Race: (check one or more) <input type="radio"/> American Indian <input type="radio"/> Asian <input type="radio"/> Black or African American <input type="radio"/> Native Hawaiian or other <input type="radio"/> White
---	---

### **OTROS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR**

Child's Name	School Name/Location	Grade	DOB

**PREVIOUS SCHOOL ATTENDED**

School Name	Date of Attendance
School Address	Grade Level(s) Attended
School Phone Number	Public School          Private School Other _____
School Name	Date of Attendance
School Address	Grade Level (s) Attended
School Phone Number	Public School          Private School Other _____

**Preschool Attendance**

Yes / No	Name and Location	Attendance Dates

**PADRE LEGAL / GARDIAN NOMBRE-PRIMARIA**

		Circle:
First Name	Last Name	Mr./Mrs/Ms./Dr.
Relationship to Child: <input type="radio"/> Mother <input type="radio"/> Father Other: _____	Divorced or Separated? Y / N *If yes, <input type="radio"/> Sole Custody <input type="radio"/> Joint Custody Please provide documentation of physical custody.	

**INFORMACIÓN DE CONTACTO TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO**

Phone	Type (choose one)	Phone Number (Ext)	Automated Contact System
Primary	<input type="radio"/> Cell <input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Work <input type="radio"/> Other		

Phone 2	<input type="radio"/> Cell <input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Work <input type="radio"/> Other		
---------	---	--	--

**Email Address:** \_\_\_\_\_

**PHYSICAL ADDRESS**

Street #	Street Name	Apt # (if applicable)
City/Town	State	Zip Code

**PADRE LEGAL / GARDIAN NOMBRE-SECUNDARIA**

		Circle:
First Name	Last Name	Mr./Mrs/Ms./Dr.
Relationship to Child: <input type="radio"/> Mother <input type="radio"/> Father Other: _____	Divorced or Separated? Y / N *If yes, <input type="radio"/> Sole Custody <input type="radio"/> Joint Custody Please provide documentation of physical custody.	

**INFORMACIÓN DE CONTACTO TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO**

Phone	Type (choose one)	Phone Number (Ext)	Automated Contact System
Primary	<input type="radio"/> Cell <input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Work <input type="radio"/> Other		
Phone 2	<input type="radio"/> Cell <input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Work <input type="radio"/> Other		

**Email Address:** \_\_\_\_\_

**PHYSICAL ADDRESS**

Street #	Street Name	Apt # (if applicable)
----------	-------------	-----------------------

City/Town	State	Zip Code

**EMERGENCY CONTACT –PRIMARY**

				Circle:
	First Name	Last Name		Mr./Mrs/Ms./Dr.
Relationship to Child:		Is this person authorized to pick-up/transport your child in case of emergency Y/N		
Phone	Type (choose one)	Phone Number	Ext	
Primary	<input type="radio"/> Cell <input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Work <input type="radio"/> Other			
Phone 2	<input type="radio"/> Cell <input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Work <input type="radio"/> Other			

**EMERGENCY CONTACT –SECONDARY**

				Circle:
	First Name	Last Name		Mr./Mrs/Ms./Dr.
Relationship to Child:		Is this person authorized to pick-up/transport your child in case of emergency Y/N		
Phone	Type (choose one)	Phone Number	Ext	
Primary	<input type="radio"/> Cell <input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Work <input type="radio"/> Other			
Phone 2	<input type="radio"/> Cell <input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Work <input type="radio"/> Other			



---

Parent Signature

---

Date

For Office Use Only	
Home School _____	Out of Assigned District Program placement (ELL,Spec.Ed) _____
School Enrolled, If different _____	Tuition Student _____
Missing Documents _____ _____	Date of Packet Complete _____

# Pine Hill School District

1003 Turnerville Rd. Pine Hill, NJ 08021

Kenneth K Koczur, Ed.D.  
Superintendent

Office 856-783-6900  
Fax 856-783-2955

## Solicitud de registros

De nombre de los estudiantes: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Por favor, envíe todos los expedientes académicos, incluyendo resultados de la prueba, niveles de lectura y matemáticas, boletas, cualquier niño estudio equipo evaluación registros, archivos de voz, registro de asistencia, copia de clasificación escala, registros de disciplina, tarjeta de transferencia, retirar papeles, incluyendo grados de salida y otros elementos de carpeta acumulativo, incluyendo expedientes médicos. FAVOR DE ENVIAR ORIGINALES.

### FORWARD TO:

\_\_\_\_\_ Dr. Albert Bean School  
70 East Third Avenue  
Pine Hill, NJ 08021

\_\_\_\_\_ John H. Glenn  
1005 Turnerville Rd  
Pine Hill, NJ 08021

\_\_\_\_\_ Pine Hill Middle School  
1100 Turnerville Rd.  
Pine Hill, NJ 08021

\_\_\_\_\_ Overbrook High School  
1200 Turnerville Rd.  
Pine Hill, NJ 08021

\_\_\_\_\_ Special Services/ Child Study Team  
1200 Turnerville Rd.  
Pine Hill, NJ 08021  
(856)767-8000 ext 3020

Consentimiento de los padres: me han matriculado a mi hijo en la escuela anterior y autorizo a soltar las cuerdas tal como se indica a la escuela marcada por encima. También autorizo a la escuela pública pino colina para obtener o liberar registros a programas de distrito si es el programa que mi hijo requiere.

\_\_\_\_\_  
Authorized Signature

\_\_\_\_\_  
Date



# Pine Hill School District

1003 Turnerville Rd. Pine Hill, NJ 08021

Kenneth K Koczur, Ed.D.  
Superintendent

Office 856-783-6900  
Fax 856-783-2955

## Medical History Form

### Historia prenatal:

Era bebé de término completo? SI\_\_\_ No\_\_\_

¿hubo alguna preocupación sobre el embarazo? ¿SI\_\_\_ No \_\_\_

Si sí, motivo de preocupación — madre tome medicamentos durante el embarazo? Yes\_\_\_No\_\_\_ si sí, por favor una lista de medicamentos \_\_\_

### Peso nacimiento historia

postnatal del niño \_\_\_\_\_ que el bebé presenta alguno de los siguientes:

	Yes	No
oxígeno masculino		
sustantivo respiración		
Difficulty Swallowing		
sustantivo ictericia		

La licencia de la bebé al hospital cuando mamá estaba descargado

Si\_\_\_ No\_\_\_ Si no, por favor explique \_\_\_\_\_

### Historia médica familiar

que tiene alguien en la familia tenido:

	Si	No	Explain
Diabetes	_____	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____	_____
Heart Disease	_____	_____	_____
High Blood Pressure	_____	_____	_____
Stroke	_____	_____	_____
Kidney Disease	_____	_____	_____
Cancer	_____	_____	_____
Mental Illness	_____	_____	_____
Asthma	_____	_____	_____
Genetic Diseases	_____	_____	_____

**Has Child Had:**

Allergies	_____	_____	_____
Chronic Illness	_____	_____	_____
Asthma/Wheezing	_____	_____	_____
Chickenpox	_____	_____	_____
Pneumonia/bronchitis	_____	_____	_____
Frequent sore throat	_____	_____	_____
Frequent ear infections	_____	_____	_____
Frequent vomiting/diarrhea	_____	_____	_____
Convulsions/seizures	_____	_____	_____
Eczema/hives	_____	_____	_____
Reaction to insect bites	_____	_____	_____
Bleeding problems	_____	_____	_____
Thumb/Finger sucking	_____	_____	_____
Nightmares/Sleep disturbance	_____	_____	_____
Temper Tantrums	_____	_____	_____
Bed wetting/toilet problems	_____	_____	_____
Problems with vision	_____	_____	_____
Problems with hearing	_____	_____	_____
Problems with speech	_____	_____	_____
Any SEVERE injury	_____	_____	_____
Any operations	_____	_____	_____
Any long-time chronic illness	_____	_____	_____
Any special medication	_____	_____	_____
Any physical restrictions	_____	_____	_____
Physical abnormality/disability	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____
Heart trouble	_____	_____	_____

**Nutrición:**

Aumento de peso inusual o pérdida, explica \_\_\_\_\_  
 alergia alimentaria \_\_\_\_\_  
 tratamiento de alergia de alimentos \_\_\_\_\_

**Resumen :**

¿qué con respecto a su salud o comportamiento que te gustaría comentar? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Podemos compartir esta información con la maestra? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Parent signature

\_\_\_\_\_  
 Date

# Pine Hill School District

1003 Turnerville Rd. Pine Hill, NJ 08021

Kenneth K Koczur, Ed.D.  
Superintendent

Office 856-783-6900  
Fax 856-783-2955

## Discurso y lengua historia Resumen

Dr. Albert Bean School  
Paulette Taylor  
Speech/Language Specialist

John H. Glenn School  
Ruth Blake  
Speech/Language Specialist

Nombre \_\_\_\_\_ Telephone # \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Parents/Guardians \_\_\_\_\_

Brothers/Sisters (Names and Ages) \_\_\_\_\_

### Discurso y la historia de la lengua

Si	No	
___	___	¿Hay familiares que tienen discurso, lengua o problemas de audición? If yes, please explain _____
___	___	¿Su hijo balbucea como un niño?
___	___	¿Su niño entiende instrucciones y llevar a cabo adecuadamente?
___	___	¿Su hijo tiene alguna dificultad para expresarse?
___	___	¿Su hijo tiene problemas para pronunciar las palabras? If yes, please explain _____
___	___	¿Su niño ha tenido infecciones de oído o se muestra auditiva de dificultad?
___	___	¿Ha tenido su hijo dos o más problemas respiratorios superiores al año?
___	___	¿Su hijo tiene alergias? Medicación tomada _____
___	___	¿Su hijo tiene problemas visuales? ¿Gafas?
___	___	¿Su niño visita al dentista regularmente? ¿Cualquier problema dental? Cuando habló su hijo su primera palabra? _____
		Cuándo empezó su hijo peinado dos o más palabras como una frase? _____