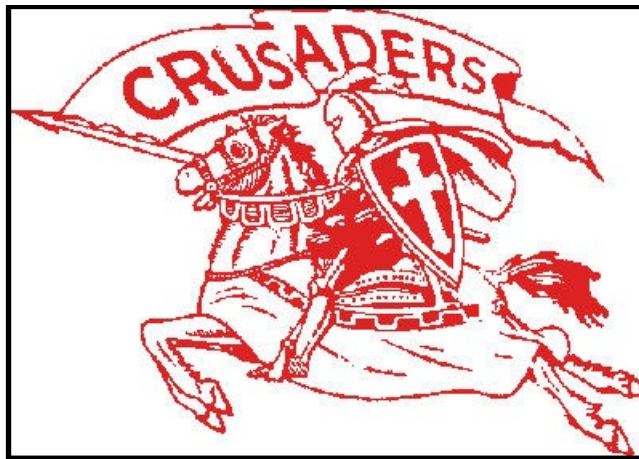


# **STUDENT REGISTRATION INFORMATION**



**BOUND BROOK PUBLIC SCHOOLS  
Bound Brook, New Jersey**

Registrar's Office  
732-652-7963

**BOUND BROOK PUBLIC SCHOOLS**  
**Bound Brook, New Jersey**

LETTER OF DISCLOSURE

Dear New Registrant:

You have taken the first steps to enroll your child(ren) in the Bound Brook Public Schools.

The purpose of this Disclosure is to alert you to the requirement that you must be a Bound Brook resident in order for your child(ren) to attend the public schools without paying tuition.

**The annual tuition cost is \$13,931 per school year.** If at any time during the school year the District determines that you are no longer the child(ren)'s legal guardian or a Bound Brook Resident, the District will bill you at a tuition rate of \$1,393.10 per =month payable to the Bound Brook Board of Education.

Failure to pay the tuition will result in the District reporting the amount you owe to a Collection Agency. It is your responsibility to determine that your child(ren) qualify for a free public education in Bound Brook.

We will assist you in making this determination through the District's registration process; however, any mistake or misrepresentation will have serious financial consequences.

<p>NOTE: After reading this booklet, complete the enclosed forms and make an appointment with the district registrar: 732-652-7963</p>
--

# COLEGIOS PÚBLICOS DE BOUND BROOK

## Bound Brook, New Jersey

### CARTA DE REVELACIÓN

Estimado Registrante Nuevo:

Han tomado los primeros pasos para matricular a su hijo(s) en los Colegios Públicos de Bound Brook.

El propósito de esta Revelación es para alertarlos del requisito de que usted debe de ser un residente de Bound Brook para que su hijo(s) pueda asistir a los colegios públicos sin pagar por la enseñanza.

**El costo anual por enseñanza es \$13,931 por año escolar.** Si en cualquier momento durante el año escolar el Distrito determina que usted ya no es el tutor legal del niño(s) o ya no es residente de Bound Brook, el Distrito la cobrará por la enseñanza \$1,393.10 por mes pagadero a la Junta de Educación de Bound Brook.

En caso que no paguen por la enseñanza, el Distrito reportará la cantidad que usted debe a una Agencia de Cobro. **Es su responsabilidad de determinar si su hijo(s) califica para recibir educación pública gratis en Bound Brook.**

Lo ayudaremos a hacer esta determinación a través del proceso de matrícula del Distrito; sin embargo, cualquier error o mala representación tendrá serias consecuencias económicas.

**NOTA:** Después de leer este folleto, llene las páginas en blanco, sepárenlas y hagan una cita con la Persona Encargada de Matriculas para el Distrito.

**BOUND BROOK PUBLIC SCHOOLS**  
**Bound Brook, New Jersey**

**WHAT DO YOU NEED TO REGISTER?**

- ✓ Birth Certificate (Original or Official)
- ✓ School Records (when entering from another school)
  - Transcripts
  - Report Card
  - Copy of Transfer Card
- ✓ Health Records (Immunizations)
- ✓ Proof of Residency

**QUÉ ES LO QUE NECESITA PARA LA MATRICULA?**

- ✓ Certificado de Nacimiento (Original u Oficial)
- ✓ Archivos del Colegio (cuando son transferidos de otro colegio)
  - Transcripciones
  - Reporte de Calificaciones
  - Copia de la Tarjeta de Transferencia
- ✓ Archivo de Salud (Vacunas)
- ✓ Prueba de Residencia

**BOUND BROOK PUBLIC SCHOOLS**  
**Bound Brook, New Jersey**

**PROOF OF RESIDENCY**

The following forms of documentation, or any other documents which may be in your possession evidencing domicile in Bound Brook, must be provided to the District in order for it to make a good faith determination as to whether or not the child may be registered (or may remain registered) in the District. You should provide as many of these forms of documentation as you have available as each case is reviewed on an individual basis. Upon receipt of your documentation, a decision will be made whether or not to permit the student to register (or remain registered) in the District.

1. Property tax bills, deeds, contracts of sale, leases, mortgages, signed letters from landlords, and other evidence of property ownership, tenancy or residency;
2. Voter registrations, licenses, permits, financial account information, utility bills, delivery receipts, and other evidence of personal attachment to a particular location;
3. Court orders; State agency agreements and other evidence of court or agency placements or directives;
4. Receipts, bills, cancelled checks, insurance claims or payments, and other evidence of expenditures demonstrating personal attachment to a particular location, or where applicable, to support of the student;
5. Medical reports, counselor or social worker assessments, employment documents, unemployment claims, benefit statements, and other evidence of circumstances demonstrating, where applicable, family or economic hardship, or temporary residency;
6. Affidavits, certifications and sworn attestations pertaining to statutory criteria for school attendance, from the parent, legal guardian, person keeping an "affidavit student", adult student, person(s) with whom a family is living, or others as appropriate;
7. Documents pertaining to military status and assignment, and
8. Any other business record or document issued by a governmental entity.

# **BOUND BROOK PUBLIC SCHOOLS**

## **Bound Brook, New Jersey**

### **PRUEBA DE RESIDENCIA**

Las siguientes documentos, o cualquier otro documento que tengan en su poder que sirvan como evidencia de que residen en Bound Brook, deben de ser mostradas al Distrito para que puedan hacer una determinación en buena fe si es que el niño puede ser matriculado (o puede continuar en nuestros registros) en el Distrito. Deben de proveer la mayor cantidad de documentos que tengan a su disposición ya que cada caso se revisa de forma individual. Al recibir sus documentos se tomará una decisión si es que se permite o no que el alumno sea matriculado (o continua en nuestros registros) en el Distrito.

1. Recibos de Pagos de Impuesto a la Propiedad, escritura, contratos de venta, alquiler, hipotecas, cartas firmadas por el propietario y otras evidencias que muestren que son dueños, inquilinos o residentes;
2. Registro de Voto, licencia, permisos, información de cuenta financiera, recibos de servicios públicos, y otras evidencias que los relacionen con una dirección en particular, o cuando aplica, la manutención del alumno;
3. Ordenes de la Corte, acuerdos de agencias del Estado u otra evidencia de colocación o directiva de la corte o una agencia del Estado;
4. Recibos, cuentas, cheques cancelados, reclamos de seguros o pagos, y otras evidencias de gastos demostrando, cuando aplica, infortunio familiar o económico, o residencia temporal;
5. Reportes médicos, evaluaciones de consejeros o trabajadores sociales, documentos de empleo, reclamos de desempleo, estados de beneficencia, y otra evidencia de circunstancia demostrando, cuando aplica, infortunio familiar o económico, o residencia temporal;
6. Declaraciones juradas, certificaciones pertinentes a la criterio reglamentaria para la asistencia al colegio, del padre, tutor legal, persona que tiene a su cargo a un "alumno bajo Declaración Jurada", alumno adulto, persona(s) con quien una familia está viviendo, u otros come sea apropiado;
7. Documentos relacionados con su condición militar y su misión, y
8. Cualquier otro documento emitido por una entidad gubernamental.

**BOUND BROOK PUBLIC SCHOOLS**  
**Bound Brook, New Jersey**

**NJ DEPARTMENT OF EDUCATION**  
**SCHOOL HEALTH SERVICES GUIDELINES**  
**Health Requirements for School Entry**

- "Each student must be examined upon entry into the school district. This examination must be **done no more than 365 days prior** to entry and must state what, if any, modifications are required for full participation in the program".
- The examination **must be done at the student's medical home**. This examination must be documented on a school district medical form as provided by the school nurse.
- All Pre-K and Kindergarten students must have a physical examination done **BEFORE** starting school.
- Immunizations are to be documented and complete as per Chapter 14 of the NJ State Sanitary Code.
- The school nurse must review all physical exams and immunization records **BEFORE** the student enters school.

**PLEASE NOTE:** If immunizations are started BUT not completed, a provisional admittance form must be signed by the doctor stating the immunizations will be completed by a determined date, set by the doctor BEFORE entering school. Medical and religious exemptions are allowed as the law allows.

# **BOUND BROOK PUBLIC SCHOOLS**

## **Bound Brook, New Jersey**

### **DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE NJ**

### **GUIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL COLEGIO**

### **Requisitos de Salud para Entrar al Colegio**

- "Cada alumno debe de ser examinado antes de entrar a los colegios del distrito. Este examen **se debe de hacer no más de 365 antes de la entrada** y debe de indicar cuales, si existen algunas, modificaciones son requeridas para la participación completa en el programa escolar.
- El examen **debe de hacerlo su doctor**. Este examen debe de ser documentado en un formulario médico del distrito escolar el cual le será entregado por la enfermera del colegio.
- Todos los alumnos de Pre K y Kindergarten deben de hacerse un examen físico **ANTES** de empezar el colegio.
- Las vacunas deben de ser documentadas y estar completas de acuerdo al Capítulo 14 del Código Sanitario del Estado de NJ.
- La enfermera del colegio debe de revisar todos los exámenes y registros de vacunas **ANTES** de que el alumno entre al colegio.

**POR FAVOR TOMAR NOTA:** Si han comenzado con las vacunas PERO no están completas, un formulario provisional de admisión debe de ser firmado por el doctor especificando que han comenzado con las vacunas y que terminarán para una fecha determinada, la cual el doctor indicará ANTES de entrar al colegio. Excepciones médicas y religiosas serán aceptadas de acuerdo a lo que la ley permite.



**BOUND BROOK PUBLIC SCHOOLS  
BOUND BROOK, NEW JERSEY  
REGISTRATION FORM**

(Please Print)

Date:		School:	
Students Last Name:		First:	Middle:
Age:	Place of Birth:	Date of Birth:     /     /	
Student's Physical Address:		City:	State:     Zip
Phone: Home: (    )	Work: (    )	Cell: (    )	Email:
Previous School Name/Address:		Previous School Grade:	
Previous School Phone:		Previous School Grade:	
Student's Primary Language:			
Is Student Classified:     _____ Yes     _____ No			
Name of Parent(s)/Guardian(s):			
Parent(s)/Guardian(s) Physical Address:			
Parent(s)/Guardian(s) Mailing Address (if different):			
Parent(s)/Guardian(s) Phone: Home: (    )		Work: (    )	Cell: (    )
Email:			
Name of Person Enrolling Student:			
Relationship to Student, If Other Than Parent:			
Physical Address (if different)			
Mailing Address (if different)			
Phone (if different): Home: (    )		Work: (    )	Cell: (    )
Native Language of Parent/Guardian/Person Enrolling Student:			
If English is not the native language, please check here _____ if English is spoken and understood by the parent(s), guardian(s), person enrolling the student			

**BOUND BROOK PUBLIC SCHOOLS  
BOUND BROOK, NEW JERSEY  
FORUMULARIO DE MATRICULA**

(Please Print)

Fecha:		Colegio:	
Apellido del Alumno:		Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Edad:	Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:
Dirección del Alumno:			Ciudad: Código Postal:
Número Telefónico: Casa: (    )		Trabajo: (    )	Celular: (    ) Correo Electrónico:
Nombre/Dirección del Colegio Anterior:			
Número Telefónico del Colegio Anterior:		Grado en el Colegio Anterior:	
Primer Idioma del Alumno:			
Está el Alumno Clasificado?    _____ Si    _____ No			
Nombre de los Padre(s)/Tutor (es):			
Dirección de los Padre(s)/Tutor(es):			
Dirección de Correo (si es diferente):			
Número Telefónico de Padre(s)/Tutor(es) : Casa: (    )		Trabajo: (    )	Celular: (    ) Correo Electrónico:
Nombre de la Persona Matriculando al Alumno:			
Relación con el Alumno, si es que no son los padres: Dirección (si es diferente)			
Dirección de Correo (si es diferente)			
Número Telefónico (si es diferente): Casa: (    )		Trabajo: (    )	Celular: (    )
Lenguaje Nativo del Padre/Tutor/Persona Matriculando al Alumno:			
En casa se habla otro idioma aparte del Inglés?    Si    No:			

**BOUND BROOK PUBLIC SCHOOLS**  
**Bound Brook, New Jersey**

STUDENT NAME/NOMBRE DEL ALUMNO

PLACE OF BIRTH/LUGAR DE NACIMIENTO

List all children in family (first and last names)

Nombre todos los niños en el familia (escriba sus apellidos si son diferente)

Child's Name/Nombre del Niño

Birth Date  
Fecha de Nacimiento

School Attending  
Colegio

Child's Name/Nombre del Niño

Birth Date  
Fecha de Nacimiento

School Attending  
Colegio

Child's Name/Nombre del Niño

Birth Date  
Fecha de Nacimiento

School Attending  
Colegio

Child's Name/Nombre del Niño

Birth Date  
Fecha de Nacimiento

School Attending  
Colegio

Child's Name/Nombre del Niño

Birth Date  
Fecha de Nacimiento

School Attending  
Colegio

Child's Name/Nombre del Niño

Birth Date  
Fecha de Nacimiento

School Attending  
Colegio

# BOUND BROOK PUBLIC SCHOOLS

## Bound Brook, New Jersey

### HOME LANGUAGE SURVEY ENCUESTA DE LAS IDIOMAS HABLADOS EN EL HOGAR

Student  
Estudiante

First Name (Nombre)

Last Name (Apellidos)

Grade/Grado

Languages spoken by the child

Idiomas hablados por el niño

Date of Birth

Fecha de nacimiento

month

day

(mes)

year

(día)

Country of birth of child

(año)

(País de nacimiento del niño)

Check One:

WHITE	BLACK	HISPANIC	ASIAN OR PACIFIC ISLANDER	AMERICAN INDIAN OR ALASKAN NATIVE
-------	-------	----------	---------------------------	-----------------------------------

Languages spoken in the home by any member of the family

Idiomas hablados en el hogar por cualquier miembro de la familia

Names of parents/guardians

Nombres de los padres/encargados

Country of birth of mother

País de nacimiento de la madre

County of birth of father

País de nacimiento del padre

# **BOUND BROOK PUBLIC SCHOOLS**

## **Bound Brook, New Jersey**

Student's Name: \_\_\_\_\_

Dear Parents of Young Children:

Parents of preschool and kindergarten students often worry about whether their children will develop good reading skills. While most children learn to read, some children have a greater risk of having reading problems, and some risk factors associated with poor reading can be identified when children are very young. Having one or more risk factors does not automatically mean that a child will become a poor reader; however, children with risk factors for poor reading are more likely than others their age to struggle learning to read. With support, encouragement, and interventions at home and school which are easy and actually fun, many children can become successful readers despite having one or more risk factors.

Please take some time to think about these five questions:

1. Was my child's birth weight less than 5 pounds? Did he or she have problems at birth such as difficulty breathing? Was my child's pregnancy complicated, or labor long and difficult, requiring special medications or treatment?  
 YES     NO
  
2. Did my child begin combining words into short phrases at or before two years of age? Did my child seem to speak on time? Does my child speak as much or as clearly as his or her playmates, cousins, or brothers and sisters?  
 YES     NO
  
3. Does my child have one or more close relatives who have reading, writing, or other learning problems? Has any family member, especially a mother, father, sister, or brother needed special education for learning?     YES  
 NO
  
4. Does my child "read" the everyday words found on advertising signs, such as "McDonald's" or "Coke"? Does my child recognize the written names of his or her favorite foods, places, or people?     YES     NO
  
5. Have I had realistic worries about my child's development of language and independence that I have had difficulty explaining to my child's doctor? Have I ever asked for help with my child's language but was told to wait longer?  
 YES     NO

# **BOUND BROOK PUBLIC SCHOOLS**

## **Bound Brook, New Jersey**

Nombre De Estudiante: \_\_\_\_\_

Estimados Padres de Niños Pequeños:

Los padres de los alumnos pre-escolares y de Kindergarten suelen preocuparse sobre la habilidad de sus hijos(as) para poder desarrollar buenas habilidades de lectura. A pesar de que la mayoría de los alumnos aprenden a leer, algunos niños corren un riesgo más grande de tener problemas de lectura, y algunos factores de riesgo asociados con dificultades de lectura pueden ser identificados cuando los niños están pequeños. El que un niño tenga uno o más factores de riesgo no significa automáticamente que ese niño vaya a tener debilidades de lectura; pero, niños con riesgo de ser pobres lectores, tienen más tendencia que otros niños de sus edades a tener dificultades, para aprender a leer. Con apoyo, motivación, e intervenciones en el hogar y en el colegio que sean divertidas y fáciles para el alumno, muchos niños pueden tener éxito aprendiendo a leer, aunque tengan uno o más factores de riesgo.

Por favor tomen tiempo para meditar sobre estas cinco preguntas:

1. Mi niño peso menos de 5 libras al nacer? Tuvo él/ella dificultades al nacer, como problemas de respiración? El embarazo de mi hijo/a fue complicado, requería medicamentos especiales o tratamiento médico, experimente dolores de parto que duraron mucho tiempo o que fueron dificultosos?   \_\_\_SI   \_\_\_NO
2. Comenzó mi hijo(a) a combinar palabras en frases cortas a los 2 años de edad o antes? Comenzó mi hijo(a) a hablar a un tiempo apropiado para su edad? Mi hijo(a) habla tanto como otros amiguitos, primos, o hermanas o hermanos?   \_\_\_SI   \_\_\_NO
3. Tiene mi hijo(a) uno o más parientes cercanos que tienen problemas de lectura, escritura, u otros problemas de aprendizaje? Han necesitado otros parientes, especialmente la madre, el padre, hermanas o hermanos, educación especial para aprender?   \_\_\_SI   \_\_\_NO
4. Puede mi hijo(a) "leer" palabras corrientes que ve a menudo en avisos, como por ejemplo, "McDonald's" o "Coke"? (coca cola). Puede mi hijo(a) reconocer los nombres (en escrito) de sus comidas, lugares, o gente favorita?   \_\_\_SI   \_\_\_NO
5. He tenido preocupaciones realísticas sobre el desarrollo de lenguaje e independencia de mi hijo(a) que se me haya sido difícil explicarle al pediatra de el/ella? He pedido ayuda alguna vez con respecto al lenguaje de mi hijo(a), pero se me dicho que debo esperar un poco de mas tiempo?   \_\_\_SI   \_\_\_NO

**BOUND BROOK PUBLIC SCHOOLS**  
**Bound Brook, New Jersey**

**HEALTH INFORMATION / INFORMACION DE SALUD**  
**STRICTLY CONFIDENTIAL / MUY CONFIDENCIAL**

List any health conditions that your child has. *Qué problemas del salud tiene su hijo/hija?*

List any medications that your child takes. *Cuáles son las medicinas que su hijo/a toma?*

List any allergies that your child has and what treatment is need for reactions. *Tiene su hijo(a) alergias y cuales los tratamientos para las alergias?*

Environmental Allergies/*Alergias al medio ambiente*

Food Allergies/*Alergias a las Comidas*

Insect/Bee Allergies/*Alergias al los Insectos o Abejas*

Does your child have asthma? *Tiene su hijo/a asma?* \_\_\_\_\_

Does your child use an inhaler/nebulizer/other asthma medication?/*Usa su hijo (a) medicina para asma?* \_\_\_\_\_ When?  
*Cuándo?* \_\_\_\_\_

Does your child wear glasses? *Tiene su hijo(a) lentes?*

Reading/*Para Leer* \_\_\_\_\_ TV \_\_\_\_\_ Blackboard/*Pizarra* \_\_\_\_\_ All the time/*Todo el tiempo* \_\_\_\_\_

Family Physician/*El Doctor de la Familia* \_\_\_\_\_

Office Address/*Dirección de su Oficina* \_\_\_\_\_

Phone/*Número de Teléfono* \_\_\_\_\_

Does your child have medical health care insurance? *Tiene seguro de salud para su niño?* \_\_\_\_\_

Please send me information about health care insurance for children/*Por favor yo quiero información del seguro para los niños.* \_\_\_\_\_ YES/*SI* \_\_\_\_\_ NO

IF SCHOOL REPRESENTATIVES ARE UNABLE TO CONTACT PARENTS IN THE EVENT OF AN EMERGENCY, THE SCHOOL WILL HAVE YOUR STUDENT TRANSPORTED BY RESCUE SQUAD. I give permission for my child's health information to be shared with school staff and emergency care personnel on a "need to know" basis. \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

*SI LOS REPRESENTANTES DE LA ESCUELA NO PUEDEN COMUNICARSE CON LOS PADRES EN CASO DE EMERGENCIA, NECESITA TRANSPORTER EN UNA AMBULANCIA PAR IR AL HOSPITAL. Yo doy permiso darle la información de salud de mi hijo(a) a las personas en las escuela y a las personas medicas en caso que necesiten saberlo. \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO*

\_\_\_\_\_  
Parent Signature/*Firma de Padre*

\_\_\_\_\_  
Date/*Fecha*

# BOUND BROOK PUBLIC SCHOOLS

## Bound Brook, New Jersey

To complete the Health Office portion of Preschool/Kindergarten registration certain requirements must be met BEFORE entrance into school. Please take this letter to your physician to make sure your child is in compliance. Entry to school is based on the following:

*Para matricular en PreK/K debe tener ciertos requisitos cumplidos de acuerdo con la oficina de salud. Lleve por favor esta letra su doctor para cerciorarse de que su niño está en conformidad. La entrada a la escuela se basa en el siguiente...*

A physician's documentation of: (Nurse to check off vaccines needed).

### PRE-K

- Four (4) DTaP vaccines
- Three (3) Polio vaccines (OPV) or enhanced IPV
- One (1) dose of Measles, Mumps, and Rubella vaccine given on/after 1<sup>st</sup> birthday
- One (1) dose of Varicella vaccine given on or after 1<sup>st</sup> birthday or date of disease
- One (1) dose of Pneumococcal vaccine given on/after 1<sup>st</sup> birthday
- One (1) dose of Haemophilus Influenza B (Hib) vaccine given on/after 1<sup>st</sup> birthday

### KINDERGARTEN

- Four (4) DTaP vaccines with one dose given on/after 4<sup>th</sup> birthday or any 5 doses
- Three (3) polio vaccines (OPV) or enhanced IPV with one (1) dose given on/after 4<sup>th</sup> birthday or any 4 doses
- Two (2) doses of Measles vaccine, with the 1<sup>st</sup> dose given on/after the 1<sup>st</sup> birthday
- One (1) dose of Mumps vaccine, given on/after the 1<sup>st</sup> birthday
- One (1) dose of Rubella vaccine, given on/after the 1<sup>st</sup> birthday
- One (1) dose of Varicella vaccine, given on/after the 1<sup>st</sup> birthday, or date of disease
- Complete series of Hepatitis B vaccination – Three (3) doses

**FLU VACCINE:** As per N.J.A.C. 8:57-4.19, children six months through 59 months of age attending any licensed child care center or preschool facility shall annually receive at least one dose of influenza vaccine between September 1 and December 31 of each year. **This will be required after September 1 of each year.**

Other: \_\_\_\_\_

**REMEMBER, THERE WILL BE NO SCHOOL ENTRY IN SEPTEMBER WITHOUT THE ABOVE PAPERWORK.**

**RECUERDE, SU NIÑO NO PUEDE ENTRAR AL COLEGIO EN SEPTIEMBRE SIN LOS REQUISTOS ANTEDICHOS.**



## STUDENT HEALTH AND PHYSICAL EXAM FORM

STUDENT'S NAME: \_\_\_\_\_ BIRTH DATE: \_\_\_\_\_

Sex: \_\_\_\_\_ Male \_\_\_\_\_ Female

Disease History	Type/Year	Disease History	Type/Year
Allergies		Diabetes	
Drug Sensitivities		Heart Disease	
Lyme Disease		Otitis Media	
Hepatitis		Rheumatic Fever	
Neuromuscular Disease		Strep Infections	
Asthma		Mononucleosis	
Chicken Pox		Vision Disorder	
Convulsive Disorder		Hearing Disorder	
ADHD		Congenital Defects	

### OPERATION/INJURIES (PLEASE SPECIFY)

1.
2.
3.

### ADDITIONAL COMMENTS


### IMMUNIZATIONS

VACCINE TYPE	DISEASE DATE	1 <sup>ST</sup> DOSE Mo/Day/Yr	2 <sup>ND</sup> DOSE Mo/Day/Yr	3 <sup>RD</sup> DOSE Mo/Day/Yr	4 <sup>TH</sup> DOSE Mo/Day/Yr	5 <sup>TH</sup> DOSE Mo/Day/Yr
DT(a)P/DT/Td						
OPV/IPV						
MMR						
Hepatitis A						
Hepatitis B						
Varicella						
Menactra						
Prenar						
HIB						
Rotavirus						
Gardasil						
Tdap						

MANTOUX (PPD)	DATE ADMINISTERED	DATE READ AND RESULTS

MEDICATIONS: \_\_\_\_\_

ALLERGIES (Drug/Environmental/Food): \_\_\_\_\_

# STUDENT HEALTH AND PHYSICAL EXAM FORM

STUDENT'S NAME: \_\_\_\_\_ EXAM DATE: \_\_\_\_\_

Height:	Weight:	Pulse:	B/P
---------	---------	--------	-----

VISION UNCORRECTED:	Right:	Left:
VISION CORRECTED:	Right:	Left:
HEARING SCREEN	Right:	Left:

	NORMAL EXAM	ABNORMAL FINDINGS
HEAD		
EYES		
EARS		
NOSE		
THROAT		
LYMPH GLANDS		
HEART		
LUNGS		
ABDOMEN		
HERNIA		
GENITALIA		
SKIN		
ORTHOPEDIC		
SCOLIOSIS		
NEUROLOGICAL		
SPEECH		
NUTRITION		

Any Limitation of Activity:     No     Yes (Please define):

\_\_\_\_\_

Physician's Comments and Recommendations:

\_\_\_\_\_

Physician's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Physician's Name, Address and Telephone

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

**NOTE: Must be completed within 365 days of the first day of school to be acceptable.**

**BOUND BROOK PUBLIC SCHOOLS**  
**Bound Brook, New Jersey**

The child or children whose name(s) appear below have entered the Bound Brook School District.

Will you please send cumulative records, health records, test records, psychological reports, and any additional information you may have concerning their progress in school.

Thank you for this service

Name: \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

**PARENT'S CONSENT FOR TRANSFER OF RECORDS**

The \_\_\_\_\_ School District has my permission to transfer the full student(s) records, including achievement, behavioral and psychological, for all students listed above to:

Registrar  
Bound Brook Public Schools  
111 West Union Avenue  
Bound Brook, NJ 08805

I understand that I may review these records in accordance with the provisions of the Family Educational Rights and Privacy Act of 1974.

Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Signature

**PREVIOUS SCHOOL:**

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Fax Number: \_\_\_\_\_

**BOUND BROOK PUBLIC SCHOOLS**  
**Bound Brook, New Jersey**

The child or children whose name(s) appear below have entered the Bound Brook School District.

Will you please send cumulative records, health records, test records, psychological reports, and any additional information you may have concerning their progress in school.

Thank you for this service

Name: \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA TRANSFERIR ARCHIVOS**

El Distrito Escolar de \_\_\_\_\_ tiene mi autorización para transferir el archivo completo del alumno(s), incluyendo logros, comportamiento y psicológicos para todos los alumnos mencionados en la lista mandar a:

Registrar  
Bound Brook Public Schools  
111 West Union Avenue  
Bound Brook, NJ 08805

Entiendo que puedo revisar estos archivos de acuerdo a las provisiones de los Derechos Familiares de Educación y al Acta de Privacidad de 1974.

Padre/Tutor \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

COLEGIO ANTERIOR:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Fax: \_\_\_\_\_

**BOUND BROOK PUBLIC SCHOOLS**  
**Bound Brook, New Jersey**

Dear Parents of \_\_\_\_\_  
*Estimados padres de:*

Date/fecha \_\_\_\_\_

Please take this letter to your physician to make sure your child is in compliance. Entry to school is based on the following:

*Lleve por favor esta letra su doctor para cerciorarse de que su niño está en conformidad. La entrada a la escuela se basa en el siguiente...*

**A physician's documentation of:**

\_\_\_\_\_ A recent physical examination by a physician (done within 1 year of school entry) on Bound Brook  
**STUDENT HEALTH AND PHYSICAL EXAM FORM**

**Your child's physical exam must be dated on/after \_\_\_\_\_ /**  
\_\_\_\_\_ Health History (completed by Parent)

**Per N.J.A.C. 8:57-4 Immunization of Pupils in School** *MUST HAVE COMPLETE DATES*

**Pre -K**

- \_\_\_\_\_ Four (4) DTaP vaccines
- \_\_\_\_\_ Three (3) Polio vaccines
- \_\_\_\_\_ One (1) dose of Measles, Mumps, and Rubella (MMR) vaccine given on/after the 1<sup>st</sup> birthday
- \_\_\_\_\_ One (1) dose of Varicella vaccine given on or after the first birthday, or date of disease
- \_\_\_\_\_ One (1) dose of Pneumococcal vaccine given on/after 1<sup>st</sup> birthday
- \_\_\_\_\_ One (1) dose of Haemophilus Influenza B (Hib) vaccine given on/after 1<sup>st</sup> birthday.

\_\_\_\_\_ **Flu Vaccine** As per N.J.A.C. 8:57-4.19, children six months through 59 months of age attending any licensed child care center, or preschool facility shall annually receive at least one dose of influenza vaccine between September 1 through December 31 of each year.

**Kindergarten through 5 th grade**

- \_\_\_\_\_ Four (4) DTaP vaccines with one dose given on/after 4<sup>th</sup> birthday, or any 5 doses
- \_\_\_\_\_ Three (3) polio vaccines (OPV) or enhanced IPV with one dose given on/after 4<sup>th</sup> birthday, or any 4 doses.
- \_\_\_\_\_ Two (2) doses of Measles/Mumps & Rubella (MMR) vaccine, with the 1<sup>st</sup> dose given on/after the 1<sup>st</sup> birthday
- \_\_\_\_\_ One (1) dose of Varicella vaccine, given on or after the 1<sup>st</sup> birthday, or date of disease
- \_\_\_\_\_ Complete series of Hepatitis B vaccination (3 doses).

\_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

**Remember, there will be no school entry without completed immunization records.**  
**Recuerde, su niño no puede entrar en y empezar la escuela sin los requisitos antedichos.**

If you do not have insurance or a doctor, contact: *Si no tiene seguro o un doctor, llame:*  
Community Visiting Nurses 908-725-9355 ext.5 Se habla español  
Zufall Health Center 71 Fourth St., Somerville 908-526-2335 Se habla español  
Neighborhood Health Center 1700 Myrtle Ave., Plainfield 908-753-6401 Se habla español

**BOUND BROOK PUBLIC SCHOOLS**  
**LaMonte School**  
**337 West Second Street, Bound**  
**Brook, NJ 08805**

Office: 732-652-7930

Fax: 732-746-8524

---

**2016-2017 SY**

GENERAL EDUCATION PRESCHOOL  
INCLUSIVE CLASS

The Bound Brook School District invites you to apply for a full day General Education Preschool program for 4-year old children at the LaMonte School, 337 West Second Street, Bound Brook, NJ for the 2016-2017 school year.

The General Education Preschool class shall enroll typically developing general education pupils based on a lottery selection. The General Education Preschool program will also serve disabled students recommended by the Child Study Team. Disabled children will benefit from being included in a General Education Preschool program increasing educational opportunities for all children.

Any parent or guardian wishing to enroll a General Education Preschool child must verify that their child will turn 4 by October 1, 2016 and will need to apply for the lottery by May 5, 2016 for the upcoming 20162017 school year. Applications will be accepted starting March 29, 2016. A lottery will be held before the May 9, 2016 meeting of the Board of Education and parents will be notified by May 23, 2016.

The program will serve preschool children 5 days per week, 6 hours per day. Lunch will be provided. Transportation will not be provided.

Preschool applications are available at the Lamonte School, Annex School, and Central Registration as well as on the Bound Brook School District Web Page. On sight registration will take place from April 11-15, 2016 at the Lamonte Annex. Applications must be returned to Central Registration by May 5, 2016. Those applying after that date will be placed on a waiting list until a spot is available for them.

## **COLEGIOS PUBLICOS DE BOUND BROOK**

Colegio LaMonte  
337 West Second Street, Bound  
Brook, NJ 08805

Oficina: 732-652-7930

Fax: 732-748-8524

---

---

2016-2017 SY

EDUCACION GENERAL PREESCOLAR  
CLASE INCLUSA

---

El Distrito Escolar de Bound Brook los invita a aplicar a un programa Preescolar de Educación General de día completo para niños de 4 años de edad en el Colegio LaMonte, 337 West Second Street, Bound Brook, New Jersey para el año escolar 2016-17.

La clase de Educación General Preescolar deberá inscribirse desarrollando alumnos de educación general basado en una selección de lotería. El programa Educación General Preescolar también servirá a los alumnos con discapacidad recomendados por el Equipo de Estudio del Niño. Los niños discapacitados se beneficiarán de estar incluidos en un programa de Educación General Preescolar aumentando las oportunidades educativas para todos los niños.

Cualquier padre o tutor que deseen inscribir a un niño en Educación General Preescolar deben verificar que su hijo cumple 4 años antes del 1 de Octubre del 2016 y tendrá que aplicar para la lotería a más tardar el 5 de Mayo del 2016 para el próximo año escolar 2016-2017. Las solicitudes serán aceptadas a partir del 29 de Marzo del 2016. Una lotería se llevará a cabo antes de la reunión de la Junta de Educación del 9 de Mayo del 2016 y los padres serán notificados a más tardar el 23 de Mayo del 2016.

El programa servirá a niños preescolares, 5 días por semana, 6 horas por día. Se proporcionará almuerzo. No se proporcionará transporte.

Aplicaciones para el preescolar están disponibles en el Colegio LaMonte, LaMonte Annex, y en la Oficina Central de Matricula, así como también en el página web del Distrito Escolar de Bound Brook. La inscripción abierta se llevará a cabo del 11 al 15 de Abril del 2016 en LaMonte Annex. Las aplicaciones deben de ser devueltas a la Oficina Central de Matricula a más tardar el 5 de Mayo del 2016. Las personas que aplican después de esa fecha serán colocados en una lista de espera hasta que un lugar este disponible para ellos.



# **BOUND BROOK PUBLIC SCHOOLS**

Lamonte School  
337 West Second Street, Bound  
Brook, NJ 08805

Office: 732-652-7930

Fax: 732-748-8524

---

---

## 2016-2017 SY APPLICATION PROCESS INCLUSION GENERAL EDUCATION PRESCHOOL CLASS

The Bound Brook Public Schools invite you to apply for a General Education Preschool program to be held at the Lamonte School/Annex for the 2016-2017 school year. Applications will be accepted starting March 29, 2016 at Central Registration, 111 West Union Avenue, Bound Brook, NJ 08805

*General Education students shall be selected by a lottery to ensure all children will have a comparable opportunity to attend the program. Students selected by the lottery will be enrolled for one school year and parents must reapply each year.*

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| • <u>STUDENTS SERVED:</u>       | 4 YEARS OLD (AGE 4 BY OCTOBER 1, 2016)  |
| • <u>PROGRAM TYPE:</u>          | GENERAL EDUCATION INCLUSION   |
| • <u>SERVICE TIME:</u>          | 5 DAYS PER WEEK, 6 HOURS PER DAY  |
| • <u>SERVICE LOCATIONS:</u>     | LAMONTE SCHOOL/LAMONTE ANNEX  |
| • <u>TEACHER CERTIFICATION:</u> | FULLY CERTIFIED   |
| • <u>PROGRAM:</u>               | CURRICULUM FOR TYPICALLY DEVELOPING PRESCHOOL CHILDREN PROVIDING PREPARATION FOR KINDERGARTEN           |
| • <u>INCLUSION STATUS:</u>      | A SMALL PERCENTAGE OF DISABLED CHILDREN SHALL BE RECOMMENDED INTO THE GENERAL EDUCATION PRESCHOOL CLASS |

Please pick up a packet at one of the elementary schools and complete the information requested. Packets must be returned no later than May 5, 2016 to Central Registration located in Bound Brook High School. The lottery will be held prior to the May 9, 2016 Board Meeting. Parents shall be notified by May 23, 2016.

Selection by annual lottery will ensure that all children will have comparable access to this program.  
REMEMBER THE DEADLINE IS MAY 5, 2016 FOR THIS PROGRAM.

**COLEGIOS PÚBLICOS DE BOUND BROOK**  
**LaMonte School**  
**337 West Second Street, Bound**  
**Brook, NJ 08805**

Oficina: 732-652-7930

Fax 732-748-8524

**2016-2017 SY**  
**PROCESO DE APLICACIÓN**  
**EDUCACIÓN GENERAL PREESCOLAR**  
**CLASE INCLUSA**

Los Colegios Públicos de Bound Brook los invita a aplicar para el programa de Educación General Preescolar para el año escolar del 2016-2017 el cual se llevará a cabo en el Colegio LaMonte Annex. Se aceptarán aplicaciones a partir del 29 de Marzo del 2016 en la Oficina Central de Matriculas, 111 West Union Avenue, Bound Brook, NJ 08805.

*Los alumnos de Educación General serán elegidos por una lotería para asegurar que todos los niños tengan una oportunidad comparable para asistir al programa. Los alumnos seleccionados por la lotería serán inscritos por un año escolar y los padres tienen que volver a aplicar para cada año. Ningún niño será inscrito automáticamente del año anterior.*

- ALUMNOS QUE RECIBEN: 4 AÑOS DE EDAD (4 AÑOS CUMPLIDOS PARA EL 1 DE OCTUBRE DEL 2016)
- TIPO DE PROGRAMA: EDUCACIÓN GENERAL INCLUSA
- HORAS DE SERVICIO: 5 DIAS A LA SEMANA, 6 HORAS DIARIAS
- LUGAR DE SERVICIO: COLEGIO LAMONTE/ANNEX
- CERTIFICACION DEL PROFESOR : TOTALMENTE CERTIFICADO
- PROGRAMA: PLAN DE ESTUDIOS TÍPICOS PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS PREESCOLARES PREPARANDOLOS PARA EL KINDERGARTEN
- ESTADO DE INCLUSIÓN: SE RECOMENDERA UN PORCENTAJE PEQUEÑO DE NIÑOS CON DISCAPACIDADES PARA LA CLASE PREESCOLAR DE EDUCACIÓN GENERAL.

Por favor recojan un paquete en uno de los colegios de primaria y llene la información solicitada. Los paquetes deben de ser entregados a más tardar el 5 de Mayo en la Oficina Central de Matriculas localizada en el Colegio de Secundaria de Bound Brook. La lotería se llevará a cabo antes de la Reunión de la Junta de Educación 9 de Mayo del 2016. Los padres serán notificados a más tardar el 23 de Mayo del 2016. NO se proporcionará transporte para los alumnos del Preescolar. Selección por sorteo anual asegurará de que todos los niños tengan acceso comparable a este programa, RECUERDE LA FECHA LIMITE PARA ESTE PROGRAMA ES 5 de Mayo del 2016 .

### STUDENT REGISTRATION

**STUDENT INFORMATION:**

Registration Date: \_\_\_\_\_ Age as of October 1, 2016 \_\_\_\_ 3yrs [ ] \_\_ 4yrs [ ]

Name \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Place of Birth \_\_\_\_\_

Sex: [ ] Male [ ] Female Ethnicity: [ ] White [ ] Hispanic [ ] Asian [ ] Other \_\_\_\_\_

Current Address: \_\_\_\_\_

Home Number: \_\_\_\_\_ Cell Number: \_\_\_\_\_ Work Number \_\_\_\_\_

Name of prior child care or preschool program: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

**STUDENT/PARENT/GUARDIAN INFORMATION:**

Name & Relation			
Address			
Birth Place			
Occupation			
Home # Cell #			

*PLEASE LIST EMERGENCY CONTACTS IN CASE WE ARE UNABLE TO CALL YOU. CONTACTS WILL NEED TO PROVIDE IDENTIFICATION.*

Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

*Please list brothers and sisters, list from oldest to youngest*

1. \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ Grade: Age: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ Grade: Age: \_\_\_\_\_

**Parent Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**For Office Use Only**

Assigned School:

School: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ School Phone Number: \_\_\_\_\_

Processed by: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Approved by: \_\_\_\_\_

Special Services:	Bilingual _____	Special Education _____
	Transportation _____	504 Accommodations _____

### MATRICULA DEL ALUMNO

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO:**

Fecha de Matricula : \_\_\_\_\_ Edad que tiene el 1 de Octubre del 2016 \_\_\_\_\_ 3yrs \_\_\_\_ 4yrs

Nombre \_\_\_\_\_

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

Sexo:  Masculino  Femenino Raza:  Blanco  Hispano  Asian  Otro \_\_\_\_\_

Dirección Actual: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que cuidaba al niño o nombre del programa al que asistía: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO/PADRE/TUTOR:**

NOMBRE & RELACIÓN			
Dirección			
Lugar de Nacimiento			
Ocupación			
Telefono de Casa			
Cell #			

**POR FAVOR ENUMERAR A CONTACTOS DE EMERGENCIA EN CASO DE QUE NO PODAMOS CONTACTARLO A USTED. CONTACTOS TENDRAN QUE PRESENTAR 1DEIVTIFICACION LOS.**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

*Pot favor nombrar a los hermanos y hermanas, del mayor al menor.*

1. \_\_\_\_\_ Colegio: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Colegio: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Firma del Padre

Fecha

*For Office Use Only:*

Assigned School:

School: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ School Phone Number: \_\_\_\_\_

Processed by: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Approved by: \_\_\_\_\_

Special Services: \_\_\_ Bilingual \_\_\_ Special Education  
\_\_\_ Transportation \_\_\_ 504 Accommodations





## STUDENT REGISTRATION VERIFICATION CHECK LIST

Name of Student \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age by October 1, 2016 [ ] 3yrs [ ] 4yrs

Center/Site: \_\_\_\_\_

- \_\_\_ 1. Original Birth Certificate of Student
- \_\_\_ 2. Custodial Parent/Guardian Documentation
- \_\_\_ 3. Student Immunization Record
- \_\_\_ 4. Physical Exam
- \_\_\_ 5. Two Proofs of Residence\*

(Deeds, Contract of Sale, Lease, Mortgages, and other evidence of residency ownership (e.g., PSE&G, water, cable, landline phone & etc.) *Driver's license is NOT accepted as a proof of residency.* A Notarized letter from the property owner/landlord stating that the family is residing at that address and (2) two proofs of address in guardian's name.

Documentation:
----------------

- \_\_\_ 6. Home Language Survey is completed/signed by parent/guardian
- \_\_\_ 7. Completed & Signed Registration Packet
- \_\_\_ 8. Special Services Pupil Placement/Transfer Sheet (IEP-Copy of Cover Page) (if relevant)
- \_\_\_ 9. Documentation of Income (see attached)

Processed By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Cleared By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Bound Brook Board of Education  
Preschool Program  
337 West Second Street  
Bound Brook, NJ 08805

\_\_\_\_\_ New Student  
\_\_\_\_\_ Returning Student

MATRICULA DEL  
ALUMNO LISTA  
DE  
VERIFICACION

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

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

Centro/Lugar: \_\_\_\_\_

- \_\_\_ 1. Certificado Original de Nacimiento del Alumna
- \_\_\_ 2. Documentacion Padre/Tutor que la custodia
- \_\_\_ 3. Expediente de Vacunas del Alumna
- \_\_\_ 4. Examen Fisico
- \_\_\_ 5. Dos pruebas de residencia\*

Documentación:
----------------

(Titulo de propiedad, Contrato de Compraventa, Contrato de Alquiler Hipotecas y otros  
titulos de propiedad de residencia ( por ejemplo, PSE&G, ague, cable, telefono de case. etc.

) NO se acepta licencia de conducir como prueba de residencia. Es requisito una carts notariada del duefio de la propiedad  
especificando de que la familia reside en esa direccion ash come también dos pruebas con el nombre del tutor.

- \_\_\_ 6. Encuesta Del Idioma En La Casa esta complete/firmado      padre/tutor
- \_\_\_ 7. Paquete de Matricula lleno y firmado
- \_\_\_ 8. Servicios Especiales Lugar de Asistencia / Rojo de Transferencia (IEP-Copia de la  
portada) (si      procede)
- \_\_\_ 9. Docurnentacion of ingresos (ver adjunto)



Processed By: \_\_\_\_\_ Date:

Cleared By: \_\_\_\_\_ Date:

DECE8715; Expires 03/15/2017

Household Size	100%	133%	150%	200%
1	\$11,880	\$15,800	\$17,820	\$23,760
2	16,020	21,307	24,030	32,040
3	20,160	26,813	30,240	40,320
4	24,300	32,319	36,450	48,600
5	28,440	37,825	42,660	56,880
6	32,580	43,331	48,870	65,160
7	36,730	48,851	55,095	73,460
8	40,890	54,384	61,335	81,780

Source: <http://familiesusa.org/product/federal-poverty-guidelines>