

**PAQUETE DE REGISTRACIÓN**

Paquetes completados deben ser enviados a la oficina de la escuela de su hijo en el momento de la registraci3n. Adem1s del paquete de registraci3n, los siguientes documentos se requieren en el momento de la registraci3n.

◆ **PRUEBA DE la RESIDENCIA** - Escritura de •Mortgage, firmada y notariada, carta de arrendamiento/propietario, orden judicial, Ley de impuesto sobre la propiedad, factura de electricidad, declaraci3n jurada o identificaci3n con fotograf1a licencia de conducir. **PERSONAL MILITAR** debe proporcionar identificaci3n militar, carta de vivienda militar, arrendamiento, 3rdenes militares y de licencia de conducir con foto identificaci3n. **DEBE TRAER DOCUMENTOS ORIGINALES.**

◆ **CERTIFICADO de NACIMIENTO del ESTUDIANTE** –Copias originales deben ser proporcionadas en el momento de la registraci3n, en virtud de N.J.S.A. 18A:36-25.1.

◆ **HISTORIA CLÍNICA** – ausencia de informaci3n m3dica de los estudiantes no afectar1 la elegibilidad de un estudiante a matricularse en la escuela, aunque la actual asistencia a la escuela puede ser diferida cuando sea necesario conforme a las reglas con respecto a la inmunizaci3n de estudiantes, N.J.A.C. 8:57-4.1 y siguientes

◆ **TARJETA De TRANSFERENCIA** -tarjeta de transferencia o tarjeta de informe/individualizado programa de Educaci3n (IEP) de la escuela previa, si procede.

Por favor llame a su escuela para instalar una cita de registraci3n:

Mahala F. Atchison 732-542-2500 grados PreK-2

Escuela de Swimming River 732-460-2416 grados 3-5

Tinton Falls Intermedia 732-542-0775 grados 6-8

-----  
*\* Si usted es incapaz de presentar las pruebas de residencia mencionados porque usted est1 viviendo con familiares o amigos que son ca1das de Tinton, residentes Municipio de Shrewsbury o NWS Earle, el contrato de arrendamiento/tenencia no es en tu nombre o tu ni1o vive con alguien de Tinton Falls, municipio de Shrewsbury o NWS Earle residente que no sea su padre o guardi1n legal, usted debe comunicarse con los servicios especiales en la oficina del Superintendente en el (732)460-2410 , previo a su registro. Tambi3n deben completar formularios de registraci3n complementarios (los documentos se proporcionarán en su cita de registraci3n) y enviar comprobante de domicilio de la persona que realmente posee o alquila la casa o apartamento en el que el ni1o vive.*

*\*Tambi3n deben completar formularios de registraci3n suplementarios (los documentos se proporcionarán en su cita de registraci3n) y enviar comprobante de domicilio de la persona que realmente posee o alquila la casa o apartamento en el que el ni1o vive.*

**DISTRITO ESCOLAR DE TINTON FALLS**  
**Oficinas administrativas**

**FORMULARIOS DE REGISTRACION DE ESTUDIANTE Y VERIFICACIÓN DE LA RESIDENCIA**

La información solicitada en los formularios pasará a formar parte del expediente de la escuela oficial de su hijo. La información es considerada confidencial.

Información de residencia se utiliza para asegurar que cuentan con las excelentes oportunidades educativas y curriculares ofrecidas por el distrito solo para residentes de Tinton Falls, municipio de Shrewsbury y NWS Earle.

**IMPORTANTE AVISO SOBRE en CURSO EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD ESTUDIANTIL:**  
**Tenga en cuenta que cualquier determinación inicial de elegibilidad del estudiante para asistir a la escuela en este distrito está sujeta a revisión más profunda y posterior reevaluación. Información de residencia se investigara, y falsificaciones de los datos dará lugar a acciones legales y cargos de matrícula.**

**INFORMACIÓN ESTUDIANTIL y de RESIDENCIA**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

**Para uso de oficina solamente**

**Verificado por**

- |   |             |                 |
|---|-------------|-----------------|
| 1. certificado de nacimiento.....                               | fecha _____ | Iniciales _____ |
| 2. inmunización/salud.....                                      | fecha _____ | Iniciales _____ |
| 3. actual examen físico (menos de 12 meses).....                | fecha _____ | Iniciales _____ |
| 4. tarjeta de transferencia.....                                | fecha _____ | Iniciales _____ |
| 5. transcripción de notas.....                                  | fecha _____ | Iniciales _____ |
| 6. pruebas estandarizados.....                                  | fecha _____ | Iniciales _____ |
| 7. papeles de guardián (si aplica).....                         | fecha _____ | Iniciales _____ |
| 8. IEP (si aplica).....   | fecha _____ | Iniciales _____ |
| 9. Declaración jurada pupila/dificultades (si aplica).....      | fecha _____ | Iniciales _____ |
| 10. pupila sin hogar (si aplica).....                           | fecha _____ | Iniciales _____ |
| 11. colocación por orden judicial (si aplica).....              | fecha _____ | Iniciales _____ |
| 12. residencia temporaria (si aplica).....                      | fecha _____ | Iniciales _____ |
| 13. DCP & P padre documento con identificación (si aplica)..... | fecha _____ | Iniciales _____ |
| 14. documentación de Earle (si aplica).....                     | fecha _____ | Iniciales _____ |

\* Los documentaciones que aplicable anterior debe proporcionarse en el momento de la registración. Si usted es incapaz de proporcionar estos documentos, debe hacerlo entre de 2 días de registro.

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Además de lo anterior, usted debe proporcionar lo siguiente:

**Prueba de propietario de residencia**

(Debe ser en el nombre del padre /guardián legal y mostrar una dirección de Tinton Falls/Municipio o de Shrewsbury/NWS Earle.)

**Para uso de oficina solamente**

**Verificado por**

**licencia de conducir** ..... Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

**Casa (se requiere un documento):**

Hipotecario  contrato de alquiler (para la casa, firmado y fechado)..... Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

contrato de apartamento junto con la oficina del administrador firmada y fechada  
(Declaración jurada de tenencia– pág. 12 de este documento)..... Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

Contrato de venta  escritura de impuestos  proyecto de ley..... Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

**Utilidad de facturas** (2 documentos requeridos):  Gas  eléctrica  agua... Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

Cloaca  teléfono (no celular)  otros..... Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

**Otros:**  Certificado de ocupación  registro de automóvil

ordenes de corte (si procede)..... Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

**Personal militar debe suministrar:**  identificación militar  letra de vivienda militar

arrendamiento/tenencia

Órdenes militares  foto ID - conductor licencia..... Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

**Documentos originales y una copia deben presentarse ante el personal del distrito. Originales serán devueltos inmediatamente.**

*Si usted es incapaz de presentar las pruebas de residencia mencionados porque usted está viviendo con familiares o amigos que son caídas de Tinton, residentes Municipio de Shrewsbury o NWS Earle, el contrato de arrendamiento no es en tu nombre o tu niño vive con alguien de Tinton Falls, municipio de Shrewsbury o NWS Earle residente que no sea su padre o guardián legal, usted debe comunicarse con los servicios especiales en la oficina del Superintendente en el (732)460-2410, previo a su registro.*

*También deben completar formularios de registración complementarios (los documentos se proporcionarán en su cita de registración) y enviar comprobante de domicilio de la persona que realmente posee o alquila la casa o apartamento en el que el niño vive.*

**POR FAVOR NO ESCRIBA EN EL ESPACIO DE ABAJO**

Distrito fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de la entrada de la escuela: \_\_\_\_\_ grado: \_\_\_\_\_

Código de entrada de la escuela: \_\_\_\_\_

Escuela:  Mahala F. Atchison  Swimming River  
 Tinton Falls intermedia

**SECCIÓN I**  
**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Y LA FAMILIA**

**Fecha de solicitud de registraci3n** \_\_\_\_\_

**ESTUDIANTE:** Por favor, **Imprimir** toda la informaci3n.

Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_

(Como aparece en el certificado de nacimiento)

Primer nombre del estudiante \_\_\_\_\_

(Como aparece en el certificado de nacimiento)

Segundo nombre (si aplica) \_\_\_\_\_

(Como aparece en el certificado de nacimiento)

Apodo del estudiante: \_\_\_\_\_

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

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:       masculino  femenino                      grado: \_\_\_\_\_

**RAZA/origen ÉTNICO:** Debido a la Ley Federal de cada estudiante tiene éxito, debemos mantener registros precisos en relaci3n con raza/origen étnico. Los de doble raza est3n obligados a identificar ambas razas. Por lo tanto, por favor marque todas las que apliquen:

**RAZA:**  afro-americano  indio americano o de Alaska  nativo asiático

Hawaiano nativo o isleño del Pacífico  blanco

**Grupo ÉTNICO:**  hispano o Latino  **NO** hispano o Latino

**DIRECCI3N ACTUAL (NO SE PERMITE CASILLA DE CORREOS (P.O))**  propia  fecha de contrato de tenencia/contrato de arrendamiento/tenencia expira

\_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ N3mero de apto.: \_\_\_\_\_

Cuidad/Estado/C3digo: \_\_\_\_\_

¿Cu3nto tiempo han vivido en esta direcci3n? \_\_\_\_\_ ańos \_\_\_\_\_ meses

Tel3fono principal: \_\_\_\_\_  casa  celular  trabajo

**DIRECCI3N DE CORREO (SI DIFIERE DE LA DIRECCI3N ACTUAL):**

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

Numero de apto: \_\_\_\_\_

Cuidad/Estado/C3digo: \_\_\_\_\_

**DIRECCI3N ANTERIOR:**

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

Numero de apto: \_\_\_\_\_

Cuidad/Estado/C3digo: \_\_\_\_\_

Cu3nto tiempo viviste en esta direcci3n: \_\_\_\_\_ ańos \_\_\_\_\_ meses

**INFORMACIÓN DEL PADRE O GUARDIAN LEGAL:**

Nombre de la persona registrado el estudiante: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante si es distinto de los padres: \_\_\_\_\_

- Este niño vive con (marque uno):  ambos padres  
 Padre 1  solamente padre 1 y padrastro  
 Padre 2  solamente padre 2 y padrastro  
 Colocación de DCP  hogar Foster  guardián legal

(La siguiente información debe ser completada por **ambos** padres. Si el estudiante tiene un guardián legal, la información del padre ***debe también*** ser completada. Gracias.

Nombre del padre 1: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer)

Dirección del padre 1: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono del padre 1 (durante las horas escolares): \_\_\_\_\_

Número teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Numero teléfono de celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del padre 1: \_\_\_\_\_

Empleador del padre 1: \_\_\_\_\_ teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del padre 2: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer)

Dirección del padre 2 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono del padre 2 (durante las horas escolares): \_\_\_\_\_

Número teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Numero teléfono de celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del padre 2: \_\_\_\_\_

Empleador del padre 2: \_\_\_\_\_ teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del padrastro (si aplica): \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer)

Celular del padrastro: \_\_\_\_\_

Empleador del padrastro: \_\_\_\_\_ teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

**Si los padres están domiciliados (en vivo) en diferentes distritos, sin importar que los padres tiene la custodia, por favor, conteste las siguientes preguntas:**

¿Existe una orden judicial o acuerdo escrito entre los padres que designa el distrito para donde asiste a la escuela, y si es así, donde lo requiere que el estudiante asistir a la escuela? (Una copia de este documento es necesario)  No  Sí/distrito escolar asistencia \_\_\_\_\_

¿El estudiante reside con uno de los padres durante todo el año? ¿Si es así, con cual padre y en qué dirección?

\_\_\_\_\_

Si no es así, ¿qué porción de tiempo el estudiante reside con cada padre y en qué dirección?

\_\_\_\_\_

¿Si el estudiante vive con ambos padres en un tiempo igual, alternando semanas /meses u otra base similar, con que cual padre el estudiante reside en el último día de escuela antes del 16 de octubre anterior a la fecha de esta solicitud? \_\_\_\_\_

**Nota:** Si Tinton Falls/Municipio de Shrewsbury/NWS Earle es el distrito del domicilio (vidas) para propósitos de la escuela, el distrito no está obligado legalmente y no proveerá transporte a cualquier estudiante que reside fuera del distrito, incluso en régimen de tiempo parcial. El distrito sólo proporcionará transporte en esos tiempos durante los cuales el alumno está viviendo en una dirección en Tinton Falls/Municipio de Shrewsbury/NWS Earle.

**INFORMACIÓN del GUARDIAN LEGAL (complete sólo si el niño no resida con sus padres)**

Nombre del guardián legal: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer)

Relación del guardián legal con el estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección del guardián legal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (durante las horas escolares): \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa de guardián legal: celular \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del guardián legal: \_\_\_\_\_

Empleador del guardián legal: \_\_\_\_\_ teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Por favor complete lo siguiente si el niño ha sido colocado con el mencionado guardián legal por una agencia del estado. **Una copia de la agencia estatal o el documento de la corte deben ser proporcionada.**

Nombre de la agencia: \_\_\_\_\_

¿Ha terminado los derechos de los padres a favor del guardián legal?  Sí  No

¿Si "Sí", en que fecha?

**HERMANOS Y HERMANAS MATRICULADOS EN NUESTRO DISTRITO:**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

**HERMANOS y HERMANAS NO MATRICULADOS EN NUESTRO DISTRITO:**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

**OTROS QUE VIVEN EN CASA:** \_\_\_\_\_

**OTRA INFORMACIÓN**

Idioma primario del niño: \_\_\_\_\_ Idioma hablado por padre o guardián legal:

\_\_\_\_\_ Idioma hablada en casa: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA/SALUD**

Nombre de contacto #1 (Diferente de los padres): \_\_\_\_\_

(Primer)

(Apellido)

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (durante las horas escolares): \_\_\_\_\_

Nombre de contacto #2(Diferente de los padres):

\_\_\_\_\_

(Apellido)

(Primer)

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ Número de teléfono (durante las horas escolares):

**¿Existe algún individual que NO les permite para tener contacto con su hijo?**

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

Porque?: \_\_\_\_\_

¿Hay una orden de restricción contra alguna persona? \_\_\_\_\_ (En caso afirmativo, por favor adjunte una copia de la orden de restricción)

¿Hay otros documentos de la corte relativas a quien puede y no puede tener contacto con el estudiante? \_\_\_\_\_ (En caso afirmativo, por favor adjunte copias de documentos de la corte aplicables)

## **INFORMACIÓN DE SALUD**

Nombre del médico del estudiante: teléfono \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_

Dentista del estudiante: teléfono \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_

¿Este niño tiene seguro médico?  Sí  No

Si "Sí", ¿cuál es el nombre de la compañía de seguros? \_\_\_\_\_

¿Si "No" le gustaría obtener más información sobre seguro de familia de NJ?  Sí  No

*Se proporcionará información para que usted pueda obtener seguro médico a través del seguro de familia del estado NJ. Esta forma del estado de Nueva Jersey es para proveer seguro médico para sus hijos con lo que son de bajos ingresos.*

## **HISTORIA CLÍNICA:**

<b>HA TENIDO EL NIÑO:</b>	<b>SÍ</b>	<b>No</b>	<b>EDAD</b>	<b>FECHA</b>
Varicela				
Asma				
Fiebre alta y convulsiones				
Trastorno convulsivo				
Alergias				
Alergias alimentarias				
Estreptococos en la garganta/escarlatina				
Diabetes				
Tuberculosis				
Accidentes graves				
Hospitalizaciones				
Enfermedades del corazón				
Problemas de visión				
Infecciones de oído problemas de la oreja				
Preocupaciones genético, congénito				
Longitud de embarazo (en semanas) ____ peso de nacimiento ____				

***MEDICAMENTOS QUE SE DARÁ DURANTE LAS HORAS ESCOLARES***

***POR FAVOR SUMINISTRAR INFORMACIÓN:***

***¿COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO? POR FAVOR SUMINISTRAR DETALLES***

***La siguiente información es opcional.***

Fecha de último examen médico:	
Fecha de la última prueba de plomo:	Nivel de plomo:
Fecha de la inmunización contra la poliomielitis:	



**SECCIÓN II**

**INFORMACIÓN EDUCATIVA**

**DISTRITO ANTERIOR (S) ATENDIDO POR EL ESTUDIANTE: (Por favor imprima)**

Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Grado(s): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha que asistió la escuela: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Grado(s): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha que asistió la escuela: \_\_\_\_\_

**(Adjunte una hoja separada si es necesario para las escuelas o los distritos adicionales.)**

**INFORMACIÓN EDUCATIVA:**

¿Fue su hijo inscrito en la escuela antes de entrar al Kindergarten?  Sí  No

¿Fue el programa (si existe)? Medio día \_\_\_\_\_ día entero \_\_\_\_\_

Nombre de escuela anterior de Kindergarten

\_\_\_\_\_

¿Su hijo fue retenido o repitió un grado?  Sí  No

En el caso que sí, ¿Qué grado? \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha sido evaluado por un equipo de estudios de niños?  Sí  No Si sí, fecha: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene dificultades de aprendizaje?  Sí  No

¿Fue su hijo inscrito en una sala de clase o de recursos de educación especial?  Sí  No

En el caso que sí, cuando? Fecha: \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Por favor escriba cualquier información adicional sobre su hijo y sus necesidades de educación, sociales o de emoción.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Información SOBRE el PROGRAMA EDUCATIVO** (Por favor marque (✓) / todos que se aplican.)

<b><u>PROGRAMA</u></b>	<b>FECHA DE GRADO</b>		
	<b><u>NIVEL</u></b>	<b><u>INICIADO</u></b>	<b><u>TERMINADO</u></b>
_____ Programa de mejora de habilidades básico o Instrucción de grupos pequeños	_____	_____	_____
_____ Ingles como una segunda lengua/bilingüe	_____	_____	_____
_____ Estudiantes talentosos	_____	_____	_____
_____ Servicios especiales de educación: (Marque los que apliquen)			
_____ Intervención	_____	_____	_____
_____ Apoyo en la clase	_____	_____	_____
_____ Centro de recursos reemplazo	_____	_____	_____
Clase independiente	_____	_____	_____
_____ Plan de 504	_____	_____	_____
_____ Terapia de lenguaje	_____	_____	_____
_____ Otro _____	_____	_____	_____
_____ Adjuntada es una copia del IEP (individualizado programa de Educación) de mi hijo			

¿Está su hijo en una posición de "fuera del distrito"?  Sí  No

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR DE TINTON FALLS**

**Oficinas administrativas**

**ESTUDIO DE LA LENGUA**

Es un requerido por el código administrativo de New Jersey (N.J.A.C. 6A:15-1.3) que cada distrito escolar colecte un formulario de inicio estudio de lenguaje para identificar a los estudiantes que necesitan ser evaluados para el dominio del idioma inglés.

Para cumplir con este requisito del estado, su colaboración en la cumplimentación del presente formulario es muy apreciada.

**POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE Y RELLENE EL FORMULARIO COMPLETAMENTE.**

Nombre del estudiante	Grado
Lugar de nacimiento del estudiante	[Ciudad] [Estado] [País]
Año de entrada en los Estados Unidos. (Si nació en los Estados Unidos y volvió a entrar, fecha de reingreso)	[Mes] [Año]
Primera fecha de entrada en una escuela en los Estados Unidos	[Mes] [Año]
Relación de persona completando el formulario [ ] Padre 1 [ ] padre 2 [ ] Guardián legal [ ] otro ( <i>especificar</i> ) _____	

**Instrucciones: Marca la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas:**

- |  | <b>Inglés</b> | <b>otros</b> |
|--|---------------|--------------|
| 1. ¿Qué idioma aprendió el niño cuando él o ella empezó a hablar?                | [ ]           | [ ]          |
| 2. ¿Qué idioma habla la familia en casa la mayoría del tiempo?                   | [ ]           | [ ]          |
| 3. ¿Qué idioma habla el padre (guardián legal) al el niño la mayoría del tiempo? | [ ]           | [ ]          |
| 4. ¿Qué idioma habla el niño a su padre (guardián legal) la mayoría del tiempo?  | [ ]           | [ ]          |
| 5. ¿Qué idioma habla el niño a sus hermanos la mayor parte del tiempo?           | [ ]           | [ ]          |
| 6. ¿Qué idioma habla el niño a sus amigos la mayor parte del tiempo?             | [ ]           | [ ]          |

Sus respuestas a las preguntas anteriores nos ayudarán a iniciar el proceso de determinar el mejor programa de instrucción para su niño. Por favor escriba el nombre de la "Otra" lengua en la que indicó anteriormente.

Otro idioma:

\_\_\_\_\_

Firma de la persona completando el formulario

Fecha

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **CERTIFICACIÓN DE REGISTRO**

Como padre o guardián legal de este estudiante, solicito la registración del niño nombrado en el distrito escolar de Tinton Falls, el Condado de Monmouth, Nueva Jersey. Certifico que mi hijo/a es elegible para una educación pública gratuita en el distrito escolar de Tinton Falls, en virtud de la residencia legal en el distrito. También entiendo que se investigarán el derecho de mi hijo a asistir a la escuela en este distrito, y información falsificada de residencia puede resultar en la remoción de mi hijo/a y la evaluación de los cargos de matrícula.

Además doy mi permiso para divulgar información de registros de Educación de mi hijo a representantes de agencias locales, estatales y federales con el único propósito de reembolso de Medicaid de servicios descrito en el plan Educativo Individual (IEP) de mi hijo/a, si aplica.

Entiendo que la forma de examen de salud escolar es necesaria para la registración, y que hasta que este formulario es presentado y aprobado por nuestra enfermería, mi hijo/a no podrá participar en programas atléticos del distrito.

---

Firma del padre/Guardián legal

---

Fecha

**DISTRITO ESCOLAR DE TINTON FALLS**  
**658 TINTON AVENUE**  
**TINTON FALLS, NJ 07724**  
**DECLARACIÓN JURADA DE ARRENDAMIENTO**  
**(Ser llenado por el dueño o Gerente de piso)**

Nombre del estudiante

\_\_\_\_\_

(Apellido)

(Primer)

Escuela

\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, Mayor de edad, hago esta declaración jurada:  
(Circula una: dueño o Gerente de piso)

Yo certifico que \_\_\_\_\_  
(Nombre del padre o guardián legal)

Y sus hijos (por favor una lista de cada niño separado):

\_\_\_\_\_

(Apellido del niño)

\_\_\_\_\_

(Primer nombre del niño)

\_\_\_\_\_

(Apellido del niño)

\_\_\_\_\_

(Primer nombre del niño)

\_\_\_\_\_

(Apellido del niño)

\_\_\_\_\_

(Primer nombre del niño)

Reside en

\_\_\_\_\_

(Edificio/Dirección)

\_\_\_\_\_

Numero de apartamento

\_\_\_\_\_

Cuidad

\_\_\_\_\_

Firma del responsable Dueño/Gerente de Apartamento

\_\_\_\_\_

fecha

Apartamento sello oficial o sello del notario público