



Inscripción de Estudiantes

Solicitud y Documentos

Cape May City Elementary School
Cape May City School District
921 Lafayette Street
Cape May, NJ 08204

Procedimientos e instrucciones de solicitud de inscripción

Lea atentamente estos procedimientos e instrucciones antes de completar los formularios.

1. Asegúrese de completar los formularios minuciosamente. Si tiene alguna pregunta, llame a la oficina principal al 609-884-8485 y estaremos encantados de ayudarle..
2. La Junta de Educación se reserva el derecho de solicitar información adicional y/o documentación en relación con la solicitud de cualquier estudiante para verificar que efectivamente cumple con los requisitos para asistir a la escuela de manera gratuita en la escuela de Cape May. La Junta de Educación también se reserva el derecho de revisar la elegibilidad de cualquier estudiante para asistir a la Escuela de Cape May en cualquier momento.
3. Los estudiantes que se inscriban en el programa de preescolar deben tener al menos tres (3) años de edad antes del 1 de octubre del año escolar. Los estudiantes que se inscriban en el kindergarten deben tener al menos cinco (5) años de edad antes del 1 de octubre del año escolar.
4. Los estudiantes que se transfieran a la escuela de Cape May deben tener el formulario de Solicitud de Registros completado por un padre/guardianes para que el distrito escolar pueda obtener los registros del estudiante de la escuela anterior. La colocación inicial se realizará en función de los registros del estudiante de su escuela anterior. Sin embargo, dicha colocación puede ajustarse a discreción de la administración según la evaluación del niño, su progreso y otros factores similares. Los padres/tutores serán informados con más detalle sobre esta política de acuerdo con la ley.
5. Importante: Su firma en los formularios adjuntos indica que toda la información proporcionada es veraz según su leal saber y entender.

6. Para completar la inscripción de su hijo, envíe una copia de los siguientes documentos:
- a. Certificado de nacimiento original del niño
 - b. Registro completo y actualizado de vacunas del niño.
Requisito de inscripción en preescolar: Todos los niños matriculados en preescolar deben recibir la vacuna contra la gripe antes del 31 de diciembre del año escolar.
 - c. Examen médico/físico realizado por un médico. Se incluye un formulario de examen físico..
 - d. Comprobante de residencia dentro de la Ciudad de Cape May. Envíe una copia del contrato de arrendamiento/alquiler o la declaración de hipoteca/documentación fiscal.
 - i. Si reside con un familiar, se requiere una carta notariada del familiar, junto con el comprobante de residencia.
 - ii. **Personal de la Guardia Costera** - La Oficina de Vivienda le proporcionará un formulario para este propósito.

CAPE MAY CITY SCHOOL DISTRICT
CAPE MAY CITY ELEMENTARY SCHOOL

Fecha: _____

Nombre del niño:

Apellido	Nombre	Nombre del Medio

Género: ____ (M) ____ (F) Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Grado: _____

Lugar de nacimiento del niño (país, estado, ciudad): _____

El niño reside con: (circule uno) Ambos Padres, Solo la Madre, Solo el Padre, Tutor

Dirección del Niño:

Teléfono: _____ Email: _____

¿Usted o su cónyuge son miembros activos de la Guardia Costera de Nueva Jersey?

____ (Y) ____ (N)

Información del Padre/Tutor:

Nombre del Padre: _____

Nombre de la Madre: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Ocupación: _____

Ocupación: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Nombre del Tutor (si aplica): _____

Relación con el Niño: _____

Necesidades del Niño:

1. ¿Ha recibido su hijo servicios de educación especial? Por ejemplo, en sala de recursos o terapia de lenguaje _____ Sí _____ No
2. ¿Su hijo requiere ayuda especial? Por ejemplo, lectura de recuperación y/o matemáticas suplementarias, u otras remedios _____ Sí _____ No
3. ¿Su hijo muestra retrasos en el desarrollo en áreas como socialización, atención, seguir instrucciones, habilidades de autocuidado, habilidades lingüísticas, etc.? _____ Sí _____ No
4. ¿Su hijo requiere atención médica? _____ Sí _____ No

Si seleccionó sí a alguna de las preguntas anteriores, por favor explique:

CAPE MAY CITY SCHOOL DISTRICT
CAPE MAY CITY ELEMENTARY SCHOOL

DECLARACIÓN JURADA DE PADRE(S) O TUTOR DESIGNADO POR EL TRIBUNAL

Nombre del niño: _____

Nombre del Padres/Tutores: _____

1. Selecciona la afirmación que es verdadera.

- _____ Soy/Somos los padre(s) del niño mencionado anteriormente.
_____ Soy/Somos los tutor(es) del niño mencionado anteriormente y proporcionaremos la documentación de tutela al momento de la inscripción.
_____ No soy/somos los padre(s) ni el/los tutor(es) legal(es) del niño mencionado anteriormente; sin embargo, el niño vive en mi casa y estoy/estamos buscando la inscripción. (Complete el Formulario #2 y #3)

2. Por favor, enumere a todos los niños que viven en su hogar.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Género	Grado

3. Tiempo de residencia en la dirección actual: _____

4. Lea la declaración y luego imprima y firme en la parte inferior, confirmando que ha leído y entendido.

Yo/Nosotros comprendemos completamente y aceptamos que la información en esta solicitud y cualquier documentación presentada es veraz. También entendemos que cualquier declaración, información o respuestas falsas en esta declaración jurada y cualquier documentación presentada, nos puede exponer a persecución penal por el delito de falso testimonio en violación de la NJSA 2c:28-2. La pena por este delito es una multa de hasta \$7,500 y/o prisión de hasta 1 año y medio. También podríamos ser personalmente responsables ante la Junta de Educación de la Ciudad de Cape May por la matrícula..

Nombre del Padre/Tutor (Impreso): _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Nombre del Padre/Tutor (Impreso): _____

Firma del Padre/Tutor: _____

CAPE MAY CITY SCHOOL DISTRICT
CAPE MAY CITY ELEMENTARY SCHOOL

FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN RACIAL/ÉTNICA

Nombre del niño: _____

El distrito está obligado por la ley estatal y federal a informar sobre la composición racial/étnica de los estudiantes que asisten a nuestra escuela. Esto no se hace por estudiante individual; se hace informando números en cada grupo representativo. En este momento, el distrito debe informar solo una categoría racial/étnica por niño. Existe la opción de seleccionar dos o más razas. Sin embargo, solo se utilizará una al informar..

Por favor, seleccione una de las siguientes designaciones raciales/étnicas requeridas para su hijo. Esta designación se utilizará en los informes estatales y federales

- Blanco (no Hispano)
- Afroamericano (no hispano)
- Hispano
- Indígena Americano
- Asiático
- Nativo de Hawái / Otro Isleño del Pacífico
- Dos o más razas (no hispano)

Lista: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

CAPE MAY CITY SCHOOL DISTRICT
CAPE MAY CITY ELEMENTARY SCHOOL

CUESTIONARIO DE IDIOMA DEL PADRE/TUTOR

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Grado: _____

Nombre del Padres/Tutores" in Spanish: _____

Dirección: _____

1. ¿Habla usted algún idioma además del inglés?	_____ Sí. _____ No
En caso afirmativo, por favor indíquenos qué idioma(s) habla. _____	
2. ¿Habla usted algún idioma además del inglés con su hijo?	_____ Sí. _____ No
En caso afirmativo, por favor indíquenos qué idiomas habla con su hijo. _____	
3. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió su hijo? _____	

4. Si habla un idioma que no sea el inglés, por favor responda lo siguiente:

Cuando su hijo le habla a usted u a otros en casa, generalmente habla...

_____ Solo inglés

_____ Inglés y el otro idioma

_____ El otro idioma solamente

Zachary Palombo
Chief School Administrator
Michelle Cannaday
Confidential Secretary



Alexis Cartagena
Supervisor of Student Services
LeeAnne Tarr
Supervisor of Early Childhood

RECORDS REQUEST/SOLICITUD DE REGISTROS)

Date/Fecha: _____

Dear Principal/*Estimado Director,*

My child, _____ a former student in grade _____ of your school has been registered at Cape May City Elementary School. /
Mi hijo, _____, un exalumno en el grado _____ de su escuela, ha sido inscrito en la Escuela Primaria de la Ciudad de Cape May

Please send all of the following records you may have for my child to Mr. Zachary Palombo, Chief School Administrator at the address below.

Por favor, envíe todos los registros que pueda tener de mi hijo a Mr. Zachary Palombo, Administrador Jefe de la Escuela, a la siguiente dirección

- Scholastic / *Rendimiento Académico*
- Health / *Salud*
- Medical Records / *Registros Médicos*
- Discipline / *Disciplina*
- All Child Study Team/Special Education Records / *Todos los registros del Equipo de Estudio del Niño*
- Other / *Otro:* _____

Thank you for your prompt attention to this request.

Gracias por su pronta atención a esta solicitud.

Sincerely,
Atentamente,

Parent/Guardian Signature
Firma del Padre/Tutor



“To Achieve Excellence in Partnership with Family and Community.”

921 LAFAYETTE STREET · CAPE MAY CITY, NJ 08204 · (609) 884-8485 OFFICE · (609) 898-8304 FAX

visit us on the web: www.cmcboc.org · e-mail: office@cmcboc.net

CAPE MAY CITY SCHOOL DISTRICT
CAPE MAY CITY ELEMENTARY SCHOOL

REGISTRO DE SALUD

Nombre del Niño:	Género:	FDN:
Dirección:	Teléfono:	
Nombre del Padre:	Nombre de la Madre:	
Médico de Familia:	Teléfono:	

El niño vive con (circule uno): Ambos padres, Solo la madre, Solo el padre, Tutor legal, Otro.

Historial de Salud Familiar

Familia	Año de Nacimiento	Estado de Salud	Pariente Ha Tenido	No	Sí	Relative
Padre			Alergia Significativa			
Madre			Fiebre Reumática			
Hermano			Enfermedad Cardíaca			
			Diabetes			
			Tuberculosis			
Hermana			Trastorno convulsivo			
			Enfermedad Mental			
			Cáncer			

Historial de Nacimientos

¿La madre estuvo enferma durante el embarazo? Sí No Peso al nacer del niño: ___ lbs. ___ oz.

Complicaciones durante el parto Sí No Dificultades después del nacimiento.: Sí No

Convulsiones: Sí No Ictericia: Sí No Cicatrices/Deformidades: Sí No

Si la respuesta fue sí a alguna de las anteriores, por favor explique: _____

¿Su hijo tiene o ha tenido alguna vez?

	No	Sí	Date		No	Sí	Date
Sarampión				Rubéola			
Paperas				Varicela			
Fiebre Reumática				Asma o sibilancias			
Neumonía o Bronquitis				Dolores de garganta frecuentes			
Infecciones frecuentes de oído				Problemas con el habla			

	No	Sí		No	Sí
Alergias alimentarias			Eczema o urticaria		
Tendencia a sangrar fácilmente			Convulsiones u otras crisis		
Nerviosismo inusual, morderse las uñas o chuparse el pulgar			Dificultades con el entrenamiento para usar el baño o mojar la cama		
Apnea del sueño o berrinches			Pesadillas o problemas para dormir		
Vómitos o diarrea frecuentes			Problemas urinarios		
Problemas dentales			Falta de apetito		
Fiebre del heno, infecciones sinusales			Alergia a medicamentos		
Dolores de cabeza			Hábitos nerviosos		
Desmayos			Usa anteojos		
Usa audífonos			Otras alergias: _____		
Alergia a las picaduras de abejas					

Medicamentos tomados por el niño: _____

Historial Médico

	No	Sí
¿Su hijo tiene alguna dificultad auditiva? En caso afirmativo, explique: _____		
¿Alguna vez se le ha realizado una prueba de audición a su hijo? En caso afirmativo, ¿dónde?: _____, ¿cuándo?: _____ Resultados: _____		
¿Su hijo ha tenido alguna prueba de visión? En caso afirmativo, ¿dónde?: _____, ¿cuándo: _____ Resultados: _____		
¿Su hijo ha tenido algún accidente o enfermedad grave? En caso afirmativo, explique: _____		
¿Su hijo ha sido hospitalizado o ha tenido alguna cirugía? En caso afirmativo, explique: _____		
¿Su hijo tiene algún problema físico actual? En caso afirmativo, explique: _____ _____		
¿El médico de su hijo ha realizado alguna otra recomendación de tratamiento médico? En caso afirmativo, explique: _____ _____		
¿Su hijo ha tenido alguna reacción inusual al tratamiento médico de algún tipo? En caso afirmativo, explique: _____ _____		



Zachary H. Palombo
Chief School Administrator

Michelle Cannaday
*Confidential School
Secretary*



Alexis Cartagena
Supervisor of Student Services

Lee Anne Tarr
*Supervisor of Early Childhood
Education*

Queridos padres y guardianes,

Según N.J.A.C. 6A:16-2.2, para ingresar al distrito escolar, los estudiantes deben tener un examen médico realizado dentro de los últimos 365 días en el hogar médico (médico de familia o enfermera de práctica avanzada) con un informe completo enviado a la escuela en el formulario adjunto. El informe debe completarse y enviarse a la escuela dentro de los 30 días posteriores a la inscripción de su hijo en el distrito. Este estatuto se aplica sólo a los estudiantes que son nuevos en el distrito.

Tenga en cuenta que las regulaciones del estado de Nueva Jersey nos exigen excluir a los niños de la escuela por incumplimiento de este requisito. Si su hijo ya está inscrito y ha asistido anteriormente a la escuela en este distrito, se recomienda encarecidamente un examen físico anual. Si su hijo ha tenido un examen físico en los últimos 365 días, envíe una copia a la enfermera de la escuela.

Además, actualice la información de salud de su hijo antes del primer día de clases y periódicamente durante todo el año escolar, especialmente a la luz de cualquier cambio.

Gracias,
Enfermera Tiffany Bohn RN, BSN, CSN



"To Achieve Excellence in Partnership with Family and Community."

921 LAFAYETTE STREET · CAPE MAY CITY, NJ 08204 · (609) 884-8485 OFFICE · (609) 898-8304 FAX
visit us on the web: www.cmchoe.org · e-mail: office@cmchoe.net



Zachary H. Palombo
Chief School Administrator
Michelle Cannaday
*Confidential School
Secretary*



Alexis Cartagena
Supervisor of Student Services
Lee Anne Tarr
*Supervisor of Early Childhood
Education*

Queridos padres y guardianes,

Notifique al personal de la escuela inmediatamente después de la inscripción si su hijo tiene alergias que requieren el uso de auto inyección de epinefrina, asma o requiere medicamentos diarios. El médico del niño debe completar un formulario de "Autorización para la administración de medicamentos en las escuelas" y firmarlo el padre o tutor. Este formulario se requiere el primer día de clases según la ley de Nueva Jersey en caso de que la enfermera de la escuela deba administrar algún medicamento. No se pueden administrar medicamentos en ninguna forma sin este formulario completo.

Si su hijo tiene asma, pídale a su médico que también complete un "Plan de tratamiento del asma".

Si su hijo tiene alergias que pueden requerir el uso de una auto inyección de epinefrina, pídale a su médico que también complete el formulario "Plan de acción de emergencia para anafilaxia".

Por favor complete y devuelva estos formularios el primer día de clases de su hijo o antes.

Gracias,
Enfermera Tiffany Bohn RN, BSN, CSN



"To Achieve Excellence in Partnership with Family and Community."

921 LAFAYETTE STREET · CAPE MAY CITY, NJ 08204 · (609) 884-8485 OFFICE · (609) 898-8304 FAX
visit us on the web: www.cmcboc.org · e-mail: office@cmcboc.net

Cape May City Elementary School District
Emergency Information and Authorization
School Year: **2023-2024**

Please complete all information on BOTH sides of the paper

Child's Last Name _____ First _____ Middle _____

Address _____ Date of Birth: _____

Home Phone: () _____ Grade: _____

To Parent/Guardian: To serve you child in case of injury or sudden illness, it is necessary that you give the following information for emergency calls.

Mother/Guardian: _____ Name _____ Cell Phone _____

Work address/Phone number _____

Father/Guardian: _____ Name _____ Cell Phone _____

Work address/Phone number _____

List 2 nearby friends or relatives who will assume temporary care of your child if you cannot be reached:

Name: _____ Name: _____

Address _____ Address _____

Phone: Home _____ Cell _____ Phone: Home _____ Cell _____

Relationship: _____ Relationship: _____

Please list other children attending this school (First and Last Name / Grade)

Cape May City Elementary School District
Emergency Information and Authorization
School Year: **2023-2024**

Does child have Health Insurance?

Yes _____ If yes, Name of Insurance company _____

No _____ NJ FamilyCare provides free or low cost health insurance for uninsured children and certain low income parents. For more information call 800-701-0710 or visit www.njfamilycare.org to apply online. If you would like the school nurse to contact NJ FamilyCare on your behalf with your contact information you may sign below to release your name and address to NJFC².

^aSignature _____ Printed name: _____ Date: _____

Written consent required pursuant to 20 U.S.C. § 1252g (b)(1) and 34 C.F.R. 99.30 (b)

List any medical/surgical care your child has received during the past year: _____

Dental exam _____ Date _____ Eye exam _____ Date _____ Glasses Y / N

Allergies _____ Type/Medication _____ Allergic reaction _____

Recent Immunizations _____ Date/type _____ Restrictions _____

Doctor _____ Phone _____

Dentist _____ Phone _____

- I, the undersigned, do hereby authorize officials of Cape May City School District to contact directly the persons named on this form and do authorize the named physicians to render such treatment as may be deemed necessary in an emergency, for the health of said child.
- In the event that physicians, other persons named on this form, or parents cannot be contacted, the school officials are hereby authorized to take whatever action is deemed necessary in their judgment, for the health of the aforesaid child.
- I will not hold the school district financially responsible for the emergency care and/or transportation for said child

Signature of Parent(s)/Guardian(s) _____ Date _____
Please complete all information on BOTH sides of the paper

Continued on back of page.

Cape May City School District
921 Lafayette Street
Cape May, New Jersey 08204

Report of Physical Examination

Name: _____ DOB: _____

Date of Examination: _____

Significant Medical History: _____

CURRENT STATUS:

Weight: _____ Height: _____

Pulse: _____ Blood Pressure: _____ Respirations: _____

Are these within normal limits for this patient? ___yes ___no

Allergies: _____

Current Medications: _____

GENERAL APPEARANCE:

Skin: _____ Ears (otoscopic): _____ Eyes: _____

Nose: _____ Throat: _____ Teeth/Mouth: _____

Neck: _____ Lymph Nodes: _____ Thyroid: _____

Hernia: _____ Abdomen: _____ Heart: _____

Lungs: _____ Orthopedic (Structural, Posture, Feet): _____

Extremities: _____ Menstruation: _____

Are there any modifications needed for full participation in the school program? ___No ___Yes

Physician's Comments: _____

Examining Physician's Signature: _____

Examining Physician's Phone Number: _____

Visual Acuity: Tracking: _____ Muscle Balance: _____ Color: _____

Glasses ___yes ___no without glasses with glasses

Right	Left

Right	Left

Audiologic Screening: _____pass _____fail

Cape May City Elementary School
921 Lafayette Street
Cape May, NJ 08204
(609) 884-8485 Fax (609) 884-7037

AUTHORIZATION FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION IN SCHOOL

_____ has been diagnosed with the following:
Student's Name

Diagnosis/Condition

This diagnosis necessitates that this child receives the following medication during school hours.

Medication: _____

Dosage/Time: _____

Side Effects/Special Instructions: _____

Physician's Signature

Date

**PARENTAL PERMISSION FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION AND
MEDICAL PRIVACY STATEMENT**

1. The School Nurse has my permission to administer medication to my child, _____
_____, as prescribed by the above physician's orders.
2. *Medical Privacy Statement: To insure the appropriate care of my child, I read and agree that pertinent health information regarding my child may be provided to the school nurse. I further agree that the school nurse may consult with my child's physician regarding the above medical condition.*

Parent Signature

Phone

Date