**CENTER FOR LIFELONG LEARNING**

***EDUCATIONAL SERVICES COMMISSION OF NEW JERSEY***

##  [http://www.escnj.us](http://www.escnj.k12.nj.us)

**333 Cheesequake Road**

**Parlin, New Jersey 08859**

 **Telephone: (732) 727-3736 Fax: (732) 727-3756**

**Mary Beth Conley Antoinette Nicholasi**

### Principal Vice Principal

###

**Michael Kane**

***Vice Principal***

**Health Screening**

**Dear Parent/Guardian:**

**In accordance with New Jersey Law, N.J.A.C.6A:16-2.2, each district Board of Education will ensure health screenings for students. Health screenings may include height, weight, hearing, blood pressure, vision and scoliosis. Screenings may be conducted by school physician, school nurse or other school personnel properly trained.**

**Please complete the health screening permission form below and return to the Center for Lifelong Learning School Health Office.**

**Student’s Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_ I give permission for my child to participate in health screenings**

**\_\_\_\_\_\_\_ I do not give permission for my child to participate in health screenings.**

**Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CENTER FOR LIFELONG LEARNING**

***EDUCATIONAL SERVICES COMMISSION OF NEW JERSEY***

##  [http://www.escnj.us](http://www.escnj.k12.nj.us)

**333 Cheesequake Road**

**Parlin, New Jersey 08859**

 **Telephone: (732) 727-3736 Fax: (732) 727-3756**

**Mary Beth Conley Antoinette Nicholasi**

### Principal Vice Principal

###

**Michael Kane**

***Vice Principal***

**Exámenes de salud**

**Estimado padre/tutor:**

**De acuerdo con la Ley de Nueva Jersey, N.J.A.C.6A:16-2.2, cada Junta de Educación del distrito garantizará exámenes de salud para los estudiantes. Los exámenes de salud pueden incluir altura, peso, audición, presión arterial, visión y escoliosis. Los exámenes pueden ser realizados por un médico de la escuela, una enfermera escolar u otro personal de la escuela debidamente capacitado.**

**Por favor complete el formulario de permiso de exámenes de salud a continuación y regrese a la Oficina de Salud Escolar del Centro para el Aprendizaje a lo Largo de Toda la Vida.**

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

**\_\_\_\_\_\_\_ Doy permiso para que mi hijo participe en exámenes de salud**

**\_\_\_\_\_\_\_ No doy permiso para que mi hijo participe en exámenes de salud.**

**Firma del padre/tutor: \_\_\_\_**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**