

1660 Stelton Road, Piscataway, New Jersey 08854 (732) 339-9331 Fax (732) 339-9441

PUPIL INFORMATION - 2022/2023 (PLEASE PRINT IN INK)

INFORMACIÓN DEL ALUMNO - 2021/2022 (POR FAVOR ESCRIBA EN TINTA)

Student: _____
(Estudiante) Last Name (apellido) First Name (nombre de pila) Middle Initial (Inicial del segundo nombre) Date of Birth: (Fecha de Nacimiento)

Address: _____
(Dirección) Street (calle) Town (ciudad) Zip Code (codigo postal)

Home Phone Number: (Teléfono de la casa) _____ **Home E-mail Address:** (Casa e-mail dirección) _____

Father/Guardian (Padre / Tutor)

Father's Name _____ **Address** _____ **Same as Above** _____
(Nombre del padre) Dirección lo mismo que arriba

Place of Work: _____ **Hours:** _____ **Phone and Ext:** _____ **Work E-mail Address:** _____
(Lugar de trabajo) (Horas) (Teléfono y Ext.) (trabajo e-mail dirección)

Home Phone Number: (Telefono de la casa) _____ **Cell Phone #** (Teléfono celular #) _____

Mother/Guardian (Madre / Guardián)

Mother's Name _____ **Address** _____ **Same as Above** _____
(Nombre de la Madre) Dirección lo mismo que arriba

Place of Work _____ **Hours** _____ **Phone and Ext.** _____ **Work E-mail Address** _____
(Lugar de trabajo) (Horas) (Teléfono y Ext.) (trabajo e-mail dirección)

Home Phone Number: (Telefono de la casa) _____ **Cell Phone #** (Teléfono celular #) _____

Federal regulations require reporting of race. Please identify your child one or more as follows:
(Las regulaciones federales requieren la presentación de informes de la raza. Por favor, identifique a su hijo una o más de la siguiente manera)

Ethnicity (check one): Hispanic or Latino _____ Not Hispanic or Latino _____
(Hispano) (no Hispano)
Race: American Indian or Alaska Native _____ Asian _____ Black or African American _____ Native Hawaiian or other Pacific Islander _____ White _____
(Indio Americano o Nativo de Alaska) (Asiático) (Negro o afroamericano) (Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico) (Blanco)

THIS MUST BE COMPLETED EMERGENCY CONTACT PERSON (Other than parent/guardian): Esto se debe completar contacto de emergencia (que no sea padre / tutor):

Name (nombre) _____ **Relationship (relación)** _____ **Cell # (Celular #)** _____

Address (Dirección) _____ **Phone (Teléfono)** _____ **Work # (Trabajo #)** _____

TURN OVER – PLEASE FILL IN INFORMATION ON REVERSE SIDE. Thank you (SOBRE - POR FAVOR LLENE LA INFORMACIÓN EN EL REVERSO. Gracias)

Please list other children attending New Jersey Public Schools (Name, School):
(Por favor escriba los niños que asisten a otras escuelas públicas de Nueva Jersey) (nombre, escuela):

Does this child have any health insurance including NJ FamilyCare/Medicaid, Medicare, private or other? (¿Este niño tiene seguro de salud, incluida la de NJ Family Care / Medicaid, Medicare, privada o de otro tipo?)

Yes (si) _____ If Yes, name of insurance company (En caso afirmativo, el nombre de la compañía de seguros) _____
No(not) _____ NJ Family Care 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. (NJ Family Care proporciona seguro de salud gratuito o de bajo costo para los niños sin seguro médico y algunos padres de bajos ingresos. Para obtener más información, llame al 800-701-0710 o visite www.njfamilycare.org para solicitar en línea.)

You may release my name and address to the NJ FamilyCare Program to contact me about health insurance. (Usted puede liberar mi nombre y dirección al Programa de NJ Family Care ponerse en contacto conmigo sobre el seguro médico)

Signature (firma) _____ Printed Name (Nombre impreso) _____ Date: (fecha) _____

Written consent required pursuant to 20 U.S.C. § 1232g (b)(1) and 34 C.F.R. 99.30 (b).

List any medical/surgical care your child has received during the past year: _____
(Haga una lista de asistencia médica / quirúrgica que su hijo ha recibido durante el año pasado:)

Dental Exam: _____ Eye Exam: _____
(Examen Dental) Date (fecha) Braces (tirantes) (examen de la vista) Date (fecha) Contacts (Contactos) Glasses (gafas)

Allergy: (alergia) _____
Kind (tipo) Medications (Medicamentos)

Allergic Reaction: (reacción alérgica) _____
Date (fecha) Medications (Medicamentos)

Immunizations/Tetanus: _____ Restrictions: _____
(Inmunizaciones / tétanos) Date (fecha) Type (tipo) (Restricciones) Type (tipo)

Doctor: _____ Telephone (teléfono) _____ Dentist: (dentista) _____ Telephone (teléfono) _____

Hospital: _____ Address (Dirección) _____ Telephone (teléfono) _____

I, the undersigned, do hereby authorize officials of New Jersey Public Schools to contact directly the persons named on this card 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 card, 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. (Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a los funcionarios de escuelas de New Jersey públicas para contactar directamente con las personas nombradas en esta tarjeta y no autorizar a los médicos nombrados para hacer el tratamiento como se considere necesario en caso de emergencia, para la salud de dicho niño. En el caso de que los médicos, las personas nombradas en esta tarjeta, o los padres no puedan ponerse en contacto con los funcionarios de la escuela se autoriza a tomar todas las medidas que considere necesarias a su juicio, para la salud del niño antes mencionado. Yo no haré responsable al distrito escolar financieramente responsable de la atención de emergencia y / o transporte para dicho niño)

Signature of Parent(s) / Guardian(s) (Firma del padre (s) / Guardián (s))

Date (fecha)