

**South Hackensack
Memorial School**

Dyer Avenue, South Hackensack, NJ 07606

Telephone: (201) 440-2782

Fax: (201) 440-9156

"A tradition of caring"

Superintendent/Principal: Mr. Gregorio Maceri

Website: www.shmemorial.org



Necesita los siguientes:

- ✓ **Aplicación de Matricula Completada**
- ✓ **Formulario de Examen Físico**
- ✓ **Prueba de Residencia**

Proprietario - Tax Bill

Inquilino - Una declaración jurada del propietario (Affidavit of Landlord) - a ser completado por el propietario, con una lista de todos los ocupantes de locales en alquiler, con su firma certificada ante escribano público

- ✓ **Certificado de Inspección** (Residential Rental Property Certificate of Inspection)
- ✓ **Tarjeta de Inmunización / Registro**
- ✓ **Comprobante de Nacimiento del Estudiante** – Certificado de Nacimiento o Passaporte
(DEBE ser traducido si no en inglés)
- ✓ **Último boletín y cualquier otra documentación académica**

Solamente para la secretaria

School Start Date: _____ Grade: _____ LID: _____ SID: _____

SOUTH HACKENSACK MEMORIAL SCHOOL
SOLICITUD DE REGISTRO



Nombre del Estudiante: (Por favor imprima el nombre completo del niño la forma en la que aparece en el certificado de nacimiento)

Apellido	Primero	Segundo Nombre
----------	---------	----------------

Sexo: Masculino Femenino Edad: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Ciudad	Estado/ País	Mes	Día	Año
--------	--------------	-----	-----	-----

Domicilio:

Calle	Apt. / PO Box	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	---------------	--------	--------	---------------

Teléfono de Casa: _____

Nombre de la Madre: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Email: _____

Nombre del Padre: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Email: _____

Grupo Étnico: (Por Favor Circulo)

White (not of Hispanic Origin)	Black/African American	Asian
American Indian / Alaskan Native	Native Hawaiian / Pacific Islander	Hispanic

Si el estudiante es extranjero nacido:

Fecha de Entrada en los Estados Unidos: _____

Fecha Matriculado en una Escuela de los Estados Unidos: _____

Lengua Mas Hablada por el Estudiante: _____ Otras: _____

Primaria

Si cualquiera de las informaciones cambien, por favor enviar actualizaciones escritas a la oficina principal o
e-mail mvorderstrasse@shmemorial.org

HISTORIA DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Nombre del Estudiante: _____

Por favor, detalle todas las escuelas asistidas a partir de pre-kindergarten; liste en orden cronológica desde la más antigua a la actual.

Fechas Asistidas	Escuela	Ciudad	Estado o País

Por favor, indique los programas en los cuales el estudiante ha participado:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ESL/LEP | <input type="checkbox"/> Speech Services | <input type="checkbox"/> Child Study Team Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Gifted and Talented | <input type="checkbox"/> Special Education | <input type="checkbox"/> (IEP) Individualized Education Program |
| <input type="checkbox"/> ADA / Section 504 | | |

Si ESL/LEP ha sido comprobado, por favor asegurarse de que los resultados son proporcionados. Proporcione cualesquiera 504 o I&RS documentación si procede.

ANTECEDENTES DE SALUD

Nombre del Estudiante _____ Grado _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

Historia de Enfermedades Transmisibles – Por favor, indique el mes y año

Varicela _____ Rubeola _____ Faringitis _____

Sarampión _____ Escarlatina _____ Otro _____

Historia de Enfermedades – Por favor, indique el mes y año

Diabetes _____ Tracto Urinario / Riñón _____

Fiebre Reumática _____ Infección del Oído _____ Enfermedad Cardíaca _____

Trastorno Convulsivo _____

Problemas de Desarrollo Crecimiento (tipo) _____

Esqueleto / Los problemas de las articulaciones (tipo) _____

Asma / Alérgica _____ Ejercicio Inducido _____

Alergia _____

Problemas de Audición _____ Discurso _____

Visión _____ Gafas: sí _____ no _____

Hospitalización (motivo y data) _____

¿Su niño recibe tratamiento para cualquier condición? _____

¿Su niño requiere medicación? _____

¿Hay algún problema de salud que le gustaría conocer en la oficina de salud? _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____