Fairview Public Schools

Registration Packet

For The
2021-2022
School Year

Items Necessary For Registration

Birth Certificate
Three Proofs of Residency with Address
Proof of Immunization and Physical

Documentacion Necessaria Para Registro

Certificado de Nacimiento o Pasaporte
Tres Pruebas de Residencia con dirección
Informacion de Vacunas y Medico

Fairview Public Schools

Part I: Registration Form

Child's Name Last(Apellido del Niño) | First (Primero) | Middle (Segundo)

Date of Birth (Fecha de Nacimiento) | Month (Mes) | Day (Día) | Year (Año) | Age (Edad) | **Gender** (Sexo)

Address (Domicilio)

Street Address (Número y Calle) | Apt. Fl. (Piso)

City, State, & Zip Code (Cuidad, Estado & Código Postal)

Race / Ethnicity Raza/ Grupo Étnico | **Child speaks fluent English?** Habla inglés el niño? | **Child's Native Language** (Lenguaje Natal) | **Country of origin** (Pais de Origen)

Parents/ Guardians (Nombre de Padres /Guardián)	**Mother/Madre**	**Father/Padre**	**Guardian/Guardián**
Name (Nombre)			
Native Language (Lenguaje Natal)			
Own or Rent (Propia o Rentada)			
EMAIL Address			
Home /Cell Phone Telefono del Hogar y Celular			

Previous School (Escolar Anterior)

Previous Address (Direccion Anterior)

Living with family member or friend? Circle One Yes No

If "Yes" please forward this application to the Central Office.

Additional children of the Family (Otros niños en la familia)

Full Name (Nombre Completo)	Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	Age (Edad)	Grade (Grado)	School (Escuela)

I certify that all of the information contained in this application is true under the penalties as prescribed by the laws of the State of New Jersey and the United States Government. (Certifico que la información contenida en esta aplicación es correcta bajo las penalidades establecidas en las leyes del Estado de NJ y los Edtados Unidos)

Signature of Parent / Guardian completing this registration form
(Firma del Padre /Guardián llenando la applicación)

Date (Fecha)

Fairview Public Schools

Part II: Emergency Form

Child's Name Last(Apellido del Niño) | First (Primer) | Middle (Segundo)

Address (Domicilio) Street Address (Número y Calle) | Apt. Fl. (Piso)

City, State, & Zip Code (Cuidad, Estado & Código Postal)

Child's Physician (Pediatra) | **Physician's Phone Number** (Teléfono del Pediatra)

Child's Allergies (Alergias) | **Medications** (Medicamentos)

Parents/ Guardians (Nombre de Padres /Guardián)	**Parent /Guardian #1** (Padre/Guardián#1)	**Parent /Guardian #2** (Padre/Guardián#2)
Name (Nombre)		
Area Code & Cell phone (Cellular con el prefijo)		
Area Code & Business Phone (Num. del Trabajo con Código de área)		

Please list 2 people that can pick up your child in case of emergency
(Por favor indique 2 personas que puedan recoger a su niño en caso de una emergencia)

Name (Nombre)		
Relationship (Parentesco)		
Address (Domicilio)		
EMAIL Address		
Home Phone/ Cell phone Telefonono del Hogar/Cellular		
Area Code & Business Phone (Num. del Trabajo con Código de área)		

Other Children in the Family Attending Fairview Schools (Otros niños que asisten a la escuela de Fairview)

Names of brothers and sisters (Nombre de hermanos & hermanas)	Grade (Grado)	School/ Escuela	Names of brothers and sisters (Nombre de hermanos & hermanas)	Grade (Grado)	School/ Escuela

Signature of Parent / Guardian completing this Emergency Form
(Firma del Padre /Guardián completando este formulario de emergencia)

Date (Fecha)

Fairview Public Schools

Part III: Residency Statement

Student's Full Name
(Nombre del Estudiante)

I, the parent / guardian of the student listed above hereby pledge that we do reside in the Borough of Fairview and that we satisfy all residency requirements as established by district policy and regulations. (Yo, el padre/guardián del estudiante indicado arriba por la presente testifico que resido en el distrito de Fairview y que nosotros satisfacemos los requisitos de residencia establecidos por la póliza y reglamento del distrito.)

I understand that if the residency information that I am providing is found to be false or if I do not notify the Fairview Public Schools of any residency change, I will be responsible for all the tuition costs and fees paid by the Fairview Board of Education in addition to any legal fees that may be incurred. I further understand that the current tuition rate is $11,500 per year. (Yo comprendo que si la información de residencia que yo he proporcionado es falsa o si yo no notifico al distrito escolar de Fairview de cualquier cambio de residencia, Yo seré responsable por todo los costos de todas las clases y materiales pagados por el distrito escolar de Fairview en adición a cualquier cuota legal acumulada. Comprendo que el costa de matricula es $11,500 por año.)

Signature of Parent / Guardian (Firma del Padre /Guardián)

Date (Fecha)

Relationship to Student (Parentesco con Estudiante)

Sworn and subscribed to me on /date (Jurado y suscrito ante mi en la fecha)

Notary Public Name (Nombre del Notario Publico)

Notary Address (Dirección del Notario Publico)

Notary Phone Number (Teléfono del Notario Publico)

I own the property (la vivienda es propia)

I rent the property (la vivienda es rentada)

Note: Owners must prove ownership. If you rent you must complete Part IV. [Usted debe probar que usted es el dueño de la vivienda. Si usted renta usted debe completar la Parte IV]

Fairview Public Schools

Part IV: Landlord Statement

Full Name of Landlord
(Nombre del Propietario)

Name of tenant(s)
(Nombre del Inquilino/s)

Address of Tenant(s)
(Dirección del Inquilino/s)

Name(s) of child(ren) residing with tenant(s)
(Nombre de los niño[s] residiendo con el Inquilino)

I, the owner of the property listed above, hereby affirm that the parent(s) / guardian(s) and of the child(ren) listed above do reside in the Borough of Fairview. (Yo el dueño de la propiedad arriba mencionada, por la presente afirmo que los padres/ guardianes y los niños arriba mencionados residen en el Distrito de Fairview)

I understand that if the residency information that I am providing is found to be false or if I do not notify the Fairview Public Schools of any residency change, I will be responsible for all the tuition costs and fees paid by the Fairview Board of Education in addition to any legal fees that may be incurred. I further understand that the current tuition rate is $11,500 per year. (Yo comprendo que si la información de residencia que yo he proporcionado es falsa o si yo no notifico al Distrito escolar de Fairview de cualquier cambio de residencia, Yo seré responsable por todo los costos de todas las clases y materiales pagados por el Distrito escolar de Fairview en adición a cualquier cuota legal acumulada. Comprendo que el costa de matricula es $11.500 por año.)

Further, I understand that any person –including landlords– who fraudulently allows a child of another person to use his or her residence or address and is not the primary financial supporter of that child and/or any person who fraudulently claims to have given up custody of his or her child to a person in Fairview commits a CRIMINAL OFFENSE which is punishable under the law. (Comprendo que si la información residencial que yo he proveído es falsa yo seré responsable al igual que los nombres de los inquilinos por el costo de la matricula pagada por el Distrito educativo de Fairview en adición a los costos legales contraídos.También comprendo que cualquier persona incluyendo el propietario que fraudulentamente permita que el niño de otra persona use su dirección o residencia y no es la persona financieramente responsable por manutención del niño y/o cualquier persona que declare fraudulentamente que ha renunciado a la custodia de un niño a un persona en Fairview esta cometiendo una OFENSA CRIMINAL castigada por la ley).

Landlord's Signature
(Firma de Propietario)

Date (Fecha)

Sworn & subscribed to me on (date)
(Jurado y suscrito ante mi en la fecha)

Name of Notary
(Nombre del Notario)

Address of Notary
(Dirección del Notario)

Phone Number of Notary
(Teléfono del Notario Publico)

Fairview Public Schools

Part V: Medical Examination

Section I

Child Last Name _____ First Name _____ Middle Name _____

Gender Male ☐ Female ☐ Date of Birth (Month / Day / Year) _____

Name of Parent / Guardian _____ Home Phone _____

Health Insurance YES ☐ NO ☐ Name of carrier _____

I give consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.

Parent Signature _____ This form may be released to WIC YES ☐ NO ☐

Section II

Date of Physical Exam		Results of exam normal?	YES		NO	

Abnormalities noted:

Weight	
Height	
Pulse Rate	
Blood Pressure (if > 3 years)	

MEDICAL CONDITIONS

Chronic Medical Conditions/Related Surgeries *List medical conditions/ongoing surgical concerns	None				Special care plan attached.		
Medications/Treatments *List medications/treatments	None				Special care plan attached.		
Limitations to Physical Activity *List limitations/special considerations	None				Special care plan attached.		
Special Equipment Needs *List items necessary for daily activities.	None				Special care plan attached.		
Allergies/Sensitivities *List allergies	None				Special care plan attached.		
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements *List dietary specifications.	None				Special care plan attached.		
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis *List behavioral/mental health issues/concerns.	None				Special care plan attached.		
Emergency Plans *List emergencyplan that may be necessary w/symptoms.	None				Special care plan attached.		

PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS

Type Screening	Date	Record Value		Type Screening	Date	Record Value
Hgb/Hct				Hearing		
Lead ☐ Capillary ☐ Venous				Vision		
TB (mmof Induration)				Dental		
Other:				Developmental		
Other:				Scoliosis		

☐☐ I have examined the above student and reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is medically cleared to participate fully in all child care/school activities, including physical education and competitive contact sports, unless noted.

Name of Health Care Provider (Print)	
Signature/Date	

Fairview Public Schools

Part VI: Immunization Record

Student		Nurse's Verification	Date:

Immunization Requirements	Date #1	Date #2	Date #3	Date #4	Date #5	
Diphtheria,Tetanus, Pertussis(DTP, DTaP)						
Inactivated Poliovirus (IPV, OPV)						
MMR (measles, Mumps, Rubella)						
Hepatitis A						
Hepatitis B						
Varicella						
Haemophilus Influenza Type B (After Age 1)						
Lead Level						
PCV (After Age 1)						
MCV (Age 11)						
Tdap (Age 10)						
Flu Vaccine (Between Sept. 1 and Dec. 31)						
HPV						
TB Test - Mantoux						

Physicians Signature _____ Date _____

FAIRVIEW PUBLIC SCHOOLS

Mr. Matthew Capilli
Supervisor of Personnel and Staff Development
130 Hamilton Avenue
Fairview, NJ 07022

Telephone: 201 / 943 - 1699
Fax: 201 / 840 - 7754
E-mail: mcapilli@fairviewps.org

Dear Parent / Guardian,

As required by the State of New Jersey, all parents of new registrants to the district must complete the attached Home Language Survey. Please complete this survey and return to your child's teacher by

Thank you for your anticipated cooperation,

Step 1: Home Language Survey (Parent/Family Version)

Purpose: The home language survey is used solely to offer appropriate educational services (U.S. ED EL Toolkit, Chapter 1). This survey is the first of three steps to identify whether or not a student is eligible to be identified as an English language learner (ELL). "Home" is defined as a student's current place of residence.

Student Information:

Student Name: _____ Date of Birth (YYYYMMDD): _____

Current Address: _____

Survey Questions:

1.) List all languages used in the student's home.

_____

2.) Was the first language used by the student a language other than English?

_____ **No** _____ **Yes**

3.) Does the student speak or understand a language other than English?

_____ **No** _____ **Yes**

4.) When interacting with others at home (example: parents, guardians, siblings), does the student understand or use a language other than English **most of the time**?

_____ **No** _____ **Yes**

5.) When interacting with others outside the home (example: friends, caregivers), does the student understand or use a language other than English **most of the time**?

_____ **No** _____ **Yes**

FAIRVIEW PUBLIC SCHOOLS

Mr. Matthew Capilli
Supervisor of Personnel and Staff Development
130 Hamilton Avenue
Fairview, NJ 07022

Telephone: 201 / 943 - 1699
Fax: 201 / 840 - 7754
E-mail: mcapilli@fairviewps.org

Estimados padres / tutores:

Según lo requerido por el estado de Nueva Jersey, todos los padres de los nuevos inscritos en el distrito deben completar la Encuesta de idioma del hogar adjunta. Complete esta encuesta y devuélvala al maestro de su hijo antes del

Gracias por su cooperación anticipada.

Paso 1: Encuesta sobre el idioma que se habla en casa (versión para padres/familiares)

Objetivo: la encuesta sobre el idioma que se habla en casa se utiliza únicamente con el fin de ofrecer servicios educativos adecuados (de acuerdo con el capítulo 1 de la Herramienta EL del Departamento de Educación de EE. UU.). Esta encuesta es el primero de los tres pasos para determinar si un estudiante es elegible para ser identificado como estudiante de inglés (ELL, por sus siglas en inglés). En este sentido, se entiende por "Casa" el lugar de residencia actual del estudiante.

Información del estudiante:

Nombre del estudiante: _____Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD): _____

Dirección actual: _____

Preguntas de la encuesta:

1.) Liste todos los idiomas que se hablan en la casa del estudiante.

_____

2.) ¿El primer idioma hablado por el estudiante fue un idioma distinto del inglés?

_____ **No** _____**Sí**

3.) ¿El estudiante habla o entiende un idioma distinto del inglés?

_____ **No** _____**Sí**

4.) Cuando se relaciona con otras personas en casa (por ejemplo: padres, encargados, hermanos), ¿el estudiante entiende o habla en un idioma distinto del inglés **la mayor parte del tiempo**?

_____ **No** _____**Sí**

5.) Cuando se relaciona con otras personas fuera de casa (por ejemplo, amigos, cuidadores), ¿el estudiante entiende o habla en un idioma distinto del inglés **la mayor parte del tiempo**?

_____ **No** _____**Sí**

Etapa 1: Pesquisa sobre idioma usado em casa (versão para pais/família)

Objetivo: A pesquisa sobre idioma usado em casa é realizada apenas com a objetivo de oferecer serviços educacionais adequados (Kit de ferramentas para ELs do Departamento de Educação dos EUA, capítulo 1). Esta pesquisa é a primeira de três etapas para identificar ou não se um aluno é elegível para ser identificado como um Aprendiz de língua inglesa (ELL). "Casa" é definido como o local atual de residência do aluno.

Informações do aluno:

Nome do aluno: _____ Data de nascimento (AAAA/MM/DD): _____

Endereço atual: _____

Perguntas da pesquisa:

1.) Escreve todos os idiomas usados na casa do aluno.

_____

2.) O primeiro idioma usado pelo aluno foi um idioma diferente do inglês?

_____ **Não** _____**Sim**

3.) O aluno fala ou entende um idioma diferente do inglês?

_____ **Não** _____**Sim**

4.) Ao interagir com outras pessoas em casa (exemplo: pais, responsáveis, irmãos), o aluno entende ou usa um idioma diferente do inglês **na maioria das vezes**?

_____ **Não** _____**Sim**

5.) Ao interagir com outras pessoas fora de casa (exemplo: amigos, cuidadores), o aluno entende ou usa um idioma diferente do inglês **na maioria das vezes**?

_____ **Não** _____**Sim**

الخطوة 1: استبيان حول لغة البيت (نسخة الوالد/العائلة)

الهدف: يُستخدم الاستبيان المتعلق بلغة البيت فقط لتقديم خدمات تعليمية مناسبة (مجموعة أدوات متعلم الإنجليزية بالولايات المتحدة، الفصل الأول). يعد هذا الاستبيان الخطوة الأولى من أصل ثلاث خطوات لتحديد ما إذا كان الطالب مؤهلاً ليتم تحديده كمتعلم للغة الإنجليزية أم لا. يتم تعريف مصطلح "البيت" على أنه مكان إقامة الطالب الحالي.

معلومات الطالب:

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد (سنة/شهر/يوم): _____

العنوان الحالي: _____

أسئلة الاستبيان:

1.) اسرد قائمة بجميع اللغات المستخدمة في منزل الطالب.

_____

2.) هل كانت اللغة الأولى التي يستخدمها الطالب لغة أخرى غير الإنجليزية؟

_____ **لا** _____ **نعم**

3.) هل يتكلم الطالب أو يفهم لغة أخرى غير الإنجليزية؟

_____ **لا** _____ **نعم**

4.) عند التفاعل مع الآخرين في المنزل (على سبيل المثال: الآباء والأوصياء والأشقاء)، هل يفهم الطالب أو يستخدم لغة أخرى غير الإنجليزية في **معظم الأوقات؟**

_____ **لا** _____ **نعم**

5.) عند التفاعل مع الآخرين خارج المنزل (على سبيل المثال: الأصدقاء ومقدمي الرعاية)، هل يفهم الطالب أو يستخدم لغة أخرى غير الإنجليزية في **معظم الأوقات؟**

_____ **لا** _____ **نعم**