



# CRESTHAVEN ACADEMY

CHARTER SCHOOL

## 2022-2023 STUDENT REGISTRATION & ENROLLMENT PACKET *PAQUETE DE REGISTRACIÓN & MATRÍCULA*

Grades K - 3  
530 West 7<sup>th</sup> Street, Plainfield, NJ 07060

|  
Main Office: (908) 756-1234

Grades 4-6  
7-9 Watchung Ave, Plainfield NJ 07060

### **OUR MISSION/NUESTRA MISIÓN**

Cresthaven Academy Charter School is built on the belief that all children, regardless of race or economic status, can succeed when given equal access to a high-quality education. Our mission is to provide an academically rigorous education to our scholars from the city of Plainfield that will ensure that they are successful in school and beyond.

En Cresthaven Academy, creemos que todos los niños, sin importar su raza o estatus económico, pueden salir adelante cuando se les da acceso a una educación de alta calidad. Nuestra misión es proveer una educación rigurosa a nuestros estudiantes de la ciudad de Plainfield para asegurar que salgan adelante en la escuela y aún más allá.

## REGISTRATION CHECKLIST/LISTA DE DOCUMENTOS NECESARIOS

All registration documents should be returned to our lower elementary building.  
 Todos los documentos de registro deben devolverse a nuestro edificio de primaria inferior.  
 Return address (*dirección del remitente*): 530 West 7th street, Plainfield, NJ 07060

**Deadline is/Entregar antes de:**

<input type="checkbox"/> <b>Parent/Guardian Identification</b>	<input type="checkbox"/> <b>Identificación de Padre/Guardián</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Driver's License</li> <li>● Federal/State/County ID</li> <li>● Passport or Foreign ID</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Licencia de Conducir</li> <li>● Identificación del Estado/Condado</li> <li>● Pasaportes o ID de su País</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>2 Proofs of Plainfield Residency</b>	<input type="checkbox"/> <b>2 Pruebas: Residencia de Plainfield</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Landlord Affidavit with owner's utility bill and official mail in your name <b>OR</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Declaración jurada por Propietario con factura de luz, cable o agua al nombre del propietario y correo oficial en su nombre recibida en esta dirección <b>O</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● (2) Utility Bills - within 30 days <b>required</b> (public service, telephone, cable or water, property tax bill) in parent/guardian's name</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● (2) Facturas de servicios públicos (dentro de 30 días) <b>requerido</b> (servicio público, teléfono, cable o agua, factura de taxes de propiedad) – en nombre de padre/guardián</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Proof of Student's Date of Birth</b>	<input type="checkbox"/> <b>Prueba de Nacimiento de Niño/a</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Birth Certificate</li> <li>● Passport</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Acta de Nacimiento</li> <li>● Pasaporte</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Legal Guardianship Papers (if applicable)	<input type="checkbox"/> Documentación de Guardián Legal (Si aplica)
<input type="checkbox"/> <b>Student's Immunization Record</b> (up to date)	<input type="checkbox"/> <b>Registro de Vacunación del Niño/a</b> (tienen que estar al día)
Student's Social Security # (not required)	Seguro Social del niño (No requerido)
<input type="checkbox"/> <b>Completed &amp; Signed Enrollment Packet</b>	<input type="checkbox"/> <b>Paquete de Registración &amp; Matricula Completado y Firmado</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Student Media Release Form</li> <li>● Home Language Survey</li> <li>● Authorization to Release Records</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Formulario "Media Release"</li> <li>● Encuesta de Lenguaje</li> <li>● Autorización para soltar archivos</li> </ul>
<b>Section 504 Plan</b> (if applicable)	<b>Sección 504</b> (si se aplica)
<b>IEP: Individualized Education Program</b> (if applicable)	<b>IEP: Programa de Educación Individual</b> (si se aplica)
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Psychological Evaluation</li> <li>● Educational Evaluation</li> <li>● Neurological Evaluation</li> <li>● Social History</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluación Psicológica</li> <li>● Evaluación Educacional</li> <li>● Evaluación Neurológica</li> <li>● Historial Social</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Additional Forms - Due TBD</b>	<input type="checkbox"/> <b>Formularios Adicionales - fecha para determinar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Health Forms</li> <li>● Medical History Form</li> <li>● FERPA*</li> <li>● Lunch Application*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Formulario de Salud Familiar*</li> <li>● Formulario de Historia Médica*</li> <li>● FERPA*</li> <li>● Aplicación para Almuerzo*</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Cresthaven Academy Foundation</b>	<input type="checkbox"/> <b>Fundación de Cresthaven Academy</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enrichment Programming Registration (After-School)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Registración para Programa de Enriquecimiento (después de la escuela)</li> </ul>



February 25, 2022

Dear Families,

Our motto at Cresthaven Academy is 'Whole Child. Whole Future.' It means different things in different contexts, but most often refers to our educational philosophy. We believe that academic excellence must be built upon physical wellness, emotional health, and character enrichment in order to transfer progress from the classroom to college and beyond. In this way, our education of the whole child prepares scholars for the whole future. With six successful school openings behind us, Cresthaven Academy's future is bright.

There is a glimpse of our future in the eyes of a scholar reading a book on their own for the first time. There is a glimpse of our future in the transformation of our new upper elementary campus from an abandoned building into a state-of-the-art academic institution. And there is a glimpse of our future in the faces of families who are determined to do whatever it takes to ensure their children are prepared for college. Our future is one of joy, grit, and excellence. No matter what the future holds for our school, no matter what challenges we may face, we will succeed! And we are thrilled to welcome you to the Cresthaven Academy family!

As a new family, we look forward to getting to know you and involving you in the process of your student's education. We believe that all children, regardless of race or economic status, can succeed when given equal access to a high-quality education, and it is our mission to provide that education to our scholars from the city of Plainfield.

As you know, students have been selected through a random lottery process and are now being given an opportunity to register and enroll if their name was pulled from the drawing. If a student is on the waitlist, the family may also choose to complete the paperwork to have it ready in case their student's name is selected from the waitlist.

We ask that the parent/legal guardian take the time to carefully review all enclosed forms and documents and abide by all deadlines. Missing a deadline could mean that your child's seat is offered to another family. Do not hesitate to schedule an appointment with us should you need assistance in completing the Enrollment and Registration Packet, and feel free to call us at 908.756.1234 if you have any questions.

Sincerely,

Cresthaven Academy Charter School



25 de febrero del 2022

*Estimados Padres de Familia,*

*Aquí en Cresthaven Academy decimos 'Niño Entero. Futuro Entero.' Esto puede significar cosas distintas, pero también se refiere a nuestra filosofía educacional. Nosotros creemos en la excelencia académica con el bienestar físico, salud emocional, y enriquecimiento de carácter para poder transferir el progreso de la clase a la universidad y aún más allá. De esta manera, nuestra educación del niño completo prepara a nuestros estudiantes para un futuro completo. Con cinco buenos años escolares, he tenido la oportunidad de ver el futuro de Cresthaven Academy, y se mira bien.*

*He podido ver un poquito del futuro en los ojos de una estudiante al leer un libro independientemente por primera vez. He podido ver un poquito del futuro en la transformación de nuestro campo primaria de un edificio abandonado a una institución educacional moderna. Y he podido ver un poquito del futuro en las caras de familias determinadas hacer lo que sea necesario para asegurarse que sus hijos estén preparados para la universidad. He podido ver un poquito del futuro, y es uno de alegría, determinación, y excelencia. No importa lo que el futuro tenga para nuestra escuela, no importa cuales sean las dificultades que tengamos, tengo la confianza que saldremos adelante. ¡Y estamos felices de darles la bienvenida a la familia Cresthaven Academy!*

*Como una familia nueva, estamos contentos de conocerlos y involucrarlos en el proceso de la educación de su estudiante. Nosotros creemos que todos los niños, sin importar su raza o estatus económico, pueden salir adelante cuando se les da acceso a una educación de calidad alta, y es nuestra misión proveer esa educación a nuestros estudiantes de la ciudad de Plainfield.*

*Como usted sabe, los estudiantes han sido elegidos por un sorteo y ahora les estamos dando la oportunidad de registrarse y matricularse si su nombre fue elegido. Si un estudiante está en la lista de espera, la familia puede pedir los papeles y completarlos en anticipación de ser llamado de la lista de espera, lo cual esperamos sea muy pronto.*

*Le pedimos que los padres/guardianes legales se tomen el tiempo de revisar todos los formularios y documentos y que no falten a las fechas indicadas. Si faltan una fecha indicada esto podría significar que pierda el puesto de su hijo/a y que se lo ofrezcamos a otra familia. No dude en hacer una cita con nosotros si usted necesita ayuda para completar el Paquete de Registración y Matrícula, y llámenos al 908.756.1234 si tiene alguna pregunta*

*Sinceramente,*

*Cresthaven Academy Charter School*



**REGISTRATION FORM: 2022-2023 SCHOOL YEAR**  
**STUDENT INFORMATION/INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

First Name \_\_\_\_\_ Middle Name \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_  
*PRIMER NOMBRE MEDIO NOMBRE APELLIDO*

How does the student's name appear on his/her birth certificate? \_\_\_\_\_  
*CÓMO APARECE EL NOMBRE EN LA PARTIDA DE NACIMIENTO?*

Date of Birth / / Has his/her name changed within the last 5 years?  Yes  No  
*NACIMIENTO MES DIA AÑO HA CAMBIADO EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS? SI NO*

Was the student born outside of the USA?  Yes  No Student's Sex:  M  F  
*NACIÓ EL ESTUDIANTE FUERA DE LOS EEUU? SI NO SEXO*

Name of birth country \_\_\_\_\_ State? \_\_\_\_\_ City? \_\_\_\_\_  
*NOMBRE DEL PAÍS DE NACIMIENTO ESTADO CIUDAD*

What is your student's citizenship status? (Check one) *CUAL ES EL ESTATUS DE CIUDADANÍA DEL ESTUDIANTE?*  
 U.S. Citizen  U.S. Naturalized Citizen  U.S. Permanent Resident  Other \_\_\_\_\_  
*NACIDO EN EEUU TIENE CIUDADANÍA DE EEUU RESIDENTE PERMANENTE OTRO*

Current Grade  Pre-K  K  1  2  3  4  5 Grade in 22-23  K  1  2  3  4  5  6  
*GRADO AHORA PROXIMO AÑO*

Race/Ethnicity (Required by NJDOE) Are you Hispanic or of Latino descent?  Yes  No  
*RAZA/ETNICIDAD (REQUERIDO POR EL ESTADO) ES DE DECENDENCIA HISPANO O LATINA? SI NO*

Check all that apply:  Asian  Black/African-American  Caucasian  Pacific Islander  Other \_\_\_\_  
*ASIATICO AFRICANO-AMERICANO CAU ISLA PACIFICO OTRO*

Lunch Status: What is the student's current lunch status?  Free  Reduced  Paid  
*ESTATUS DE ALMUERZO: CUÁL ES EL ESTATUS DE SU ESTUDIANTE? GRATIS REDUCIDO PAGADO*

\*Please note that you must submit a lunch application as part of the registration process.  
*TENDRÁ QUE ENTREGAR UNA APLICACIÓN DE ALMUERZO COMO PARTE DEL PROCESO DE REGISTRACIÓN.*

**FOR OFFICE USE ONLY**

Please indicate you have seen the Social Security Card, if available. Do not make a photocopy.

SSN: \_\_\_\_\_

Print Staff Member's Name \_\_\_\_\_ Staff Signature \_\_\_\_\_

PARENT/LEGAL GUARDIAN INFORMATION					
INFORMACIÓN DE PADRES/GUARDIÁN LEGAL					
Mother/Guardian 1 (Madre o Guardian 1)			Father/Guardian 2 (Padre o Guardian 2)		
Name <i>Nombre</i>			Name <i>Nombre</i>		
Relationship <i>Relación</i>			Relationship <i>Relación</i>		
<input type="checkbox"/> Single/Soltero <input type="checkbox"/> Married/Casado <input type="checkbox"/> Divorced/Divorciado <input type="checkbox"/> Widowed/Viudo <input type="checkbox"/> Legally Separated/Separados Legalmente			<input type="checkbox"/> Single/Soltero <input type="checkbox"/> Married/Casado <input type="checkbox"/> Divorced/Divorciado <input type="checkbox"/> Widowed/Viudo <input type="checkbox"/> Legally Separated/Separado Legalmente		
Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>			Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>		
Address <i>Dirección</i>		Apt/Flr <i>Apt/Piso</i>	Address <i>Dirección</i>		Apt/Flr <i>Apt/Piso</i>
City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip Code <i>Código Postal</i>	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip Code <i>Código Postal</i>
Does the student live here? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>¿Vive el estudiante en esta dirección? <input type="checkbox"/> Si   <input type="checkbox"/> No</i>			Does the student live here? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>¿Vive el estudiante en esta dirección? <input type="checkbox"/> Si   <input type="checkbox"/> No</i>		
Home Phone (   ) <i>Casa</i>			Home Phone (   ) <i>Casa</i>		
Work Phone (   ) <i>Trabajo</i>			Work Phone (   ) <i>Trabajo</i>		
Cell Phone (   ) <i>Celular</i>			Cell Phone (   ) <i>Celular</i>		
Email <i>Correo Electrónico</i>			Email <i>Correo Electrónico</i>		

Legal Custody (by Copy of Court Decree):  Joint    Mother    Father    Other: \_\_\_\_\_

*Custodia Legal (por orden de la corte):  Juntos    Madre    Padre    Otro/a: \_\_\_\_\_*

Has your family been homeless at any time during the past 12 months?  Yes/Si    No

*En los últimos 12 meses, ha estado su familia desamparada o viviendo con otra familia por motivos económicos?*

List the names of the student's sibling(s): *Apunte los nombres de los hermanos/as del estudiante:*

Full Name & Age   *Nombre & Edad*

Grade

Current School/Escola actual

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Household Count** Total # of Adults \_\_\_\_\_

Total # of Children \_\_\_\_\_

*Cuántos hay en casa?   Total # Adultos*

*Total # Niños*

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*Firma del Padre/Guardián*

*Fecha*

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

*Nombre del Padre/Guardián*

*Relación*

STUDENT'S LAST NAME

FIRST NAME

STUDENT'S ACADEMIC HISTORY

Note: Information about special needs (language capacity, disabilities) is sought to allow the school to make adequate preparations; such information will not be used to limit admission. Questions relating to special needs are optional.

Current Grade  Pre-K  K  1  2  3  4  5 Grade Next Year  K  1  2  3  4  5  6

1. The student's most immediate school prior to attending Cresthaven Academy is:

\_\_\_\_\_ City/State/Country \_\_\_\_\_  
 Public  Private  Plainfield Public School  Charter School  Out of state  Out of country

2. Any other school? \_\_\_\_\_ City/State/Country \_\_\_\_\_  
 Public  Private  Plainfield Public School  Charter School  Out of state  Out of country

3. Grades Completed:  Pre-K3  Pre-K4  K  1  2  3  4

4. Language of Instruction:  English  Spanish  Other \_\_\_\_\_

5. Has your student ever participated in a Bilingual/ESL Program?  Yes  No

If so, what program did he/she attend? \_\_\_\_\_

How long was he/she in the program? \_\_\_\_\_

6. Is this the first time your student attends a public school in New Jersey?  Yes  No

7. Is this the first time your student attends a public school in the United States?  Yes  No

8. Has your student attended a school in the USA for at least 3 years or more?  Yes  No

If not born in the USA, in what year did he/she start schooling in this country? \_\_\_\_\_

What city, state, and school did he/she attend? \_\_\_\_\_

9. Has the student taken a test and been determined as "gifted and talented?"  Yes  No

If yes, what is the name of the test administered? \_\_\_\_\_

10. Was the student retained within the past year?  Yes  No

11. Has the student ever been retained in the past?  Yes  No Age/s? \_\_\_\_ Grade/s? \_\_\_\_

12. Is your child classified as a student with a disability?  Yes  No

If yes, when was he/she classified? \_\_\_\_\_ Classification: \_\_\_\_\_

13. Has your student ever received special education services?  Yes  No When? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Speech  Occupational Therapy  Counseling  Other: \_\_\_\_\_

14. Does your student currently have a 504 Plan?  Yes  No

If so, when was the 504 Plan initially created? \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_

15. Which evaluations were done?  Educational  Psychological  Neurological  Social History  OT

16. Which school conducted the evaluation process for the Special Education services?

Name \_\_\_\_\_ When does the current IEP expire? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## HISTORIA ACADÉMICA DEL ESTUDIANTE

*Nota: Información sobre necesidades especiales (lenguaje, discapacidad) ayuda a la escuela para prepararnos para apoyar al estudiante.  
Esta información no afecta la admisión del niño/a. Preguntas sobre necesidades especiales son opcionales.*

**Grado Ahora**  Pre-K  K  1  2  3  4  5 **Proximo Año**  K  1  2  3  4  5  6

1. La escuela del estudiante **antes de atender** Cresthaven Academy es:

\_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/País \_\_\_\_\_

Pública  Privada  Plainfield Public School  Escuela Charter  Fuera del estado  Fuera del país

2. ¿Alguna otra escuela? \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/País \_\_\_\_\_

Pública  Privada  Plainfield Public School  Escuela Charter  Fuera del estado  Fuera del país

3. Grados Completados:  Pre-K3  Pre-K4  K  1  2  3  4  5

4. Lenguaje de Instrucción:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

5. ¿Ha participado el estudiante en un programa Bilingüe o ESL?  Si  No

Si su respuesta es sí, ¿cuál programa atendió? \_\_\_\_\_

¿Qué tiempo estuvo el/ella en el programa? \_\_\_\_\_

6. ¿Es la primera vez que su estudiante atiende una escuela publica en New Jersey?  Si  No

7. ¿Es la primera vez que su estudiante atiende una escuela pública en los EEUU?  Si  No

8. ¿Ha estado su estudiante en una escuela en los EEUU por 3 años o más?  Si  No

Si no nació en los EEUU, en que año empezó la escuela en este país? \_\_\_\_\_

Cuál fue la ciudad, estado, y escuela que asistió? \_\_\_\_\_

9. Ha tomado un examen el estudiante y ha sido clasificado como "gifted & talented?"  Si  No

Si su respuesta es sí, como se llama el examen administrado? \_\_\_\_\_

10. ¿Se quedó de año el estudiante en el último año escolar?  Si  No

11. ¿Se ha quedado de año en el pasado?  Si  No Edad/es? \_\_\_\_ Grado/s? \_\_\_\_

12. Está clasificado su estudiante con una discapacidad?  Si  No

Si, si cuando fue clasificado? \_\_\_\_\_ Clasificación: \_\_\_\_\_

13. Ha recibido servicios de educación especial?  Si  No Cuando? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

"Speech"/Lenguaje  Terapia Ocupacional  Consejería  Otro: \_\_\_\_\_

14. ¿Tiene su estudiante un Plan 504?  Si  No

Si si, cuando fue creado el Plan 504? \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

15. ¿Cuales evaluaciones hicieron?  Educación  Psicológico  Neurológico  Historial Social

16. ¿Cuál escuela hizo la evaluación para servicios de educación especial?

Nombre \_\_\_\_\_ Cuando expira el IEP? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma de Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**MEDICAL HISTORY**

1. Has your student ever had asthma?  Yes  No  
 If yes, at what age did the child first have the first asthma attack? \_\_\_\_\_  
 How often does the child have asthma attacks? \_\_\_\_\_  
 How many asthma attacks has the child had? \_\_\_\_\_  
 When did the child have the last asthma attack? \_\_\_\_\_  
 Has the child been hospitalized for asthma?  Yes  No  
 When was the child last hospitalized for asthma treatment? \_\_\_\_\_  
 Has the child used asthma medication in the past two years?  Yes  No
2. Does your student have any medical conditions we should know about?  Yes  No  
 Explain: \_\_\_\_\_
3. Does your student have any dietary restrictions?  Yes  No  
 What is the restriction? \_\_\_\_\_
4. Does your student have any **food** allergies?  Yes  No **Other** allergies?  Yes  No  
 What is your student allergic to? \_\_\_\_\_ Does your student have an Epi-Pen?  Yes  No
5. Has the student had any surgeries, physical, or mental health hospitalizations?  Yes  No  
 Explain: \_\_\_\_\_
6. Does your student wear glasses?  Yes  No Check one:  Far-sighted  Near-sighted
7. Has your student ever been diagnosed with Scoliosis?  Yes  No When? \_\_\_\_\_
8. Has your student ever been diagnosed with ADD/ADHD?  Yes  No When? \_\_\_\_\_
9. Has your student received counseling?  Yes  No When? \_\_\_\_\_ Where? \_\_\_\_\_

Please check and explain any of the following medical conditions that affect your student:

- |  |  |  |   |                                   |
|--|--|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arthritis       | <input type="checkbox"/> Blood Disease   | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever     | <input type="checkbox"/> Asthma                 | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Ear problems    | <input type="checkbox"/> Heart Disease   | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Attention Deficit      |                                   |
| <input type="checkbox"/> Kidney Disease  | <input type="checkbox"/> Lead Poison     | <input type="checkbox"/> Lung Disease        | <input type="checkbox"/> Fractures/Dislocations |                                   |
| <input type="checkbox"/> Glasses/Vision  | <input type="checkbox"/> Sickle Cell     | <input type="checkbox"/> Chicken Pox         | <input type="checkbox"/> Seizures/Convulsions   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Weight Problems | <input type="checkbox"/> Mental Disorder | <input type="checkbox"/> Scoliosis           | <input type="checkbox"/> Other: _____           |                                   |

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*Firma del Padre/Guardián*

*Fecha*

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

*Nombre del Padre/Guardián*

*Relación*

**FOR OFFICE USE ONLY**

Signature of School Review Medical History \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA**

1. ¿Ha sufrido su hijo/a de Asma?  Si  No  
 Si su respuesta es sí, a qué edad tuvo su primer ataque de asma? \_\_\_\_\_  
 ¿Con qué frecuencia sufre su niño/a de ataques de asma? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántos ataques asmáticos ha sufrido su niño/a? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo fue el último ataque asmático de su niño? \_\_\_\_\_  
 Ha sido hospitalizado su niño por causa de su asma?  Si  No  
 ¿Cuándo fue la última vez que su niño/a fue hospitalizado para tratar su asma? \_\_\_\_\_  
 En los últimos dos años, ¿ha usado el niño/a medicamento para su asma?  Si  No

2. Sufre su niño/a de alguna condición médica que debemos saber?  Si  No  
 Si su respuesta es Si, por favor de explicar:

3. ¿Tiene su niño/a alguna restricción dietética?  Si  No  
 ¿Cuál es la restricción? \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene su niño alguna alergia a cierta comida?  Si  No Otras alergias?  Si  No  
 ¿Cuál es su otra alergia? \_\_\_\_\_ Usa el Epi-Pen?  Si  No

5. Ha tenido su niño/a cirugías o hospitalizaciones previas?  Si  No  
 Por favor de enlistar cirugías o hospitalizaciones:

6. Usa su niño/a antejo o gafas?  Si  No Indique:  visión lejana  corto de vista

7. ¿Ha sido su niño/a diagnosticado con escoliosis?  Si  No Cuando? \_\_\_\_\_

8. Ha sido su niño/a diagnosticado con trastorno por déficit de atención e hiperactividad?  
 Si  No Cuando? \_\_\_\_\_

9. ¿Ha recibido su niño consejería?  Si  No Cuando? \_\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_

Por favor de marcar con una (✓) si alguno de estas condiciones medica afecta a su niño/a:

- Artritis  Enfermedades de la sangre  Fiebre reumática  Retraso Mental  
 Diabetes  Pérdida de oído  Asma  Enfermedad del corazón  Alta Presión  
 Enfermedad de Riñón  Veneno de Pintura  Enfermedad de Pulmón  Fracturas   
 Vista  Células falciformes  Déficit de atención con hiperactividad  Escoliosis  
 Varicela  Convulsiones  Problemas de Peso  Otro: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*Firma del Padre/Guardián*

*Fecha*

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

*Nombre del Padre/Guardián*

*Relación*

**FOR OFFICE USE ONLY**

Signature of School Review Medical History \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

STUDENT'S LAST NAME

FIRST NAME

**EMERGENCY CONTACT & PERMISSION TO RELEASE STUDENT**

*CONTACTO DE EMERGENCIA & PERMISO PARA SOLTAR AL ESTUDIANTE*

Emergency Contacts/*Contactos de Emergencia* (Not a parent/guardian) *No padres/guardianes*

Name \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_  
*Nombre Teléfono*

Name \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

In case of an unscheduled early dismissal, or if my scholar is sick, the following friends or nearby relatives who are available during the day have agreed to care for my child if I cannot be contacted. My child may be released to the supervision of the listed person(s), who have my permission to pick up my child if I cannot be reached. The listed person(s) also have my permission to pick up my child at a regular dismissal time in the event I am not available.

En caso de que haya que cerrar temprano sin aviso previo, o si su estudiante está enfermo, los amigos o parientes siguientes que están disponibles durante el día han aceptado cuidar a mi hijo/a si yo no soy localizado/a. Mi hijo/a puede ser entregado a la supervisión de estas personas, quienes tienen mi permiso para recoger a mi hijo/a si yo no soy localizado/a. Las personas que figuran en la lista también tienen mi permiso para recoger a mi hijo en un horario regular de salida en caso de que yo no esté disponible.

My child may be released ONLY to the following people: *Puede entregarle a mi hijo/a a estas personas SOLAMENTE:*

Name/ <i>Nombre</i>	Relationship/ <i>Relación</i>	Phone 1/ <i>Teléfono 1</i>	Phone 2/ <i>Teléfono 2</i>
	Van Driver/ <i>Ride</i>		

Please keep the school updated if you wish to change any of the names listed above at any time. Students will not be dismissed with a person who is not on their approved dismissal list. I, the undersigned, do hereby authorize officials of Cresthaven Academy Charter School and Cresthaven Academy Foundation to directly contact the persons named on this form.

*Por favor mantenga a la escuela informada si usted desea cambiar los nombres de las personas en esta lista en cualquier momento. No le entregaremos a los estudiantes a ninguna persona que no aparezca en esta lista aprobada. Yo, con esta firma, autorizo a los oficiales de Cresthaven Academy Charter School y Cresthaven Academy Foundation que contacten directamente a las personas nombradas en esta forma.*

Parent/Guardian Signature _____	Date _____
<i>Firma del Padre/Guardián</i>	<i>Fecha</i>
Parent/Guardian Name _____	Relationship _____
<i>Nombre del Padre/Guardián</i>	<i>Relación</i>



**AUTHORIZATION TO RELEASE RECORDS**  
*AUTORIZACIÓN PARA PROVEER ARCHIVOS*

Please send records to: Cresthaven Academy Charter School  
*Por favor envíe archivos al:* 530 West 7<sup>th</sup> Street  
Plainfield, New Jersey 07060

Dear Office Staff:

Please release the records of \_\_\_\_\_ from your school/organization to Cresthaven Academy Charter School. Under the provisions of Section 99.30 of the Family Educational Rights and Privacy Act, this signed document authorizes the release of all school and health records for the student listed above. We will need all Child Study Team, academic (including Standardized Test Scores), behavioral and disciplinary records, special services, health and financial records (if applicable). He/She will be attending our school. Thank you for your help in expediting this process. Please call us if you have any questions or concerns.

*Por favor envíe los archivos de mi hijo/a de su escuela u organización a Cresthaven Academy Charter School. Bajo las provisiones de Sección 99.30 de los Derechos de la Educación Familiar y el Acto de Privacidad, este documento firmado autoriza que manden todos los archivos de la escuela y de salud para el estudiante mencionado arriba. Vamos a necesitar todos los archivos del Child Study Team, académicos (incluyendo calificaciones del estado), archivos de comportamiento y disciplina, servicios especiales, salud y financieros (si son aplicables). El/Ella va a atender nuestra escuela. Gracias por su ayuda para facilitar este proceso. Llámenos si tiene alguna pregunta o preocupación.*

Thank you,

Cresthaven Academy Charter School

**\*\*This section to be completed by School/Esta sección será llenada por la escuela\*\***

Name of School: \_\_\_\_\_  
*Nombre de la Escuela*  
Street Address: \_\_\_\_\_  
*Dirección*  
City, State, Zip: \_\_\_\_\_  
*Ciudad, Estado, Código*

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
*Firma del Padre/Guardián* *Fecha*  
Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
*Nombre del Padre/Guardián* *Relación*

**FOR OFFICE USE ONLY**

Person Sending Form \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**CONSENT TO PHOTOGRAPH & FILM***CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR & GRABAR*

By signature below, I grant permission to photograph and/or film my scholar for use by Cresthaven Academy Charter School, Cresthaven Academy Foundation, or news media for the purpose of informing the public about the various programs provided.

*Con la firma abajo, yo doy permiso para fotografiar y/o grabar a mi estudiante para el uso de Cresthaven Academy Charter School, Cresthaven Academy Foundation, o la media noticiara para el propósito de informar al público sobre los varios programas ofrecidos.*

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*Firma del Padre/Guardián*

*Fecha*

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

*Nombre del Padre/Guardián*

*Relación*

**SCHOOL PSYCHOLOGIST/SOCIAL WORKER CONSENT FORM***CONSENTIMIENTO PARA PSICOLOGÍA ESCOLAR/TRABAJADORA SOCIAL*

We realize that the social, emotional, and behavioral health and growth of our scholars have a tremendous impact on their educational achievement. To assist our scholars, we have a full-time New Jersey certified school psychologist/social worker on staff to provide regularly scheduled individual and/or group counseling, mentoring, and peer mediation to address interpersonal challenges on an as-needed basis.

Whether a session is regularly scheduled, or a response to an individual scholar's specific challenge on a given day, our scholars are only removed from classes with great consideration for their educational program. Information discussed during a session with our school psychologist/social worker is kept confidential. Notes from sessions are only shared with School Leaders when doing so protects the scholar or other scholars from immediate perceived or actual physical or emotional harm.

By signature below, I grant permission for my scholar to have regularly scheduled or as-needed sessions with our school psychologist/social worker.

*Reconocemos que el crecimiento social, emocional, y la salud de comportamiento de nuestros estudiantes tiene un impacto tremendo en sus logros educativos. Para ayudar a nuestros estudiantes, tenemos un/a psicóloga/trabajadora social certificada por el estado de NJ en tiempo completo para proveer citas asignadas individuales y/o en grupo de consejería, mentoría, o mediación para resolver dificultades cuando sean necesarias.*

*Si una sesión está asignada regularmente o en respuesta a una dificultad específica de un individuo en cierto día, nuestros alumnos solamente serán sacados de clase con gran consideración de su programa educativo. Información discutida durante una sesión con la psicóloga/trabajadora social es confidencial. Notas de la sesión solamente serán compartidas con los Líderes Escolares cuando el hacerlo protege al estudiante u otros estudiantes de daño percibido a ser inmediato o daño físico o emocional actual.*

*Con la firma abajo, yo doy permiso de que mi estudiante tenga citas asignadas o sesiones cuando sean necesarias con la psicóloga.*

Student's First Name \_\_\_\_\_ Student's Last Name \_\_\_\_\_

*Primer Nombre del Estudiante*

*Apellido del Estudiante*

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*Firma del Padre/Guardian*

*Fecha*

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

*Nombre del Padre/Guardian*

*Relación*

**SHARE MEDICAL INFORMATION**

I give permission for my student \_\_\_\_\_ to be given the following by the School Physician or School Nurse: health exam, first aid, height, weight, blood pressure, vision, hearing and scoliosis screenings, and any other procedures deemed necessary for the well-being of my child.

I also give permission for the School Nurse to discuss my child's medical condition, \_\_\_\_\_, (if applicable) with his/her teacher and other Cresthaven Academy Charter School and Cresthaven Academy Foundation personnel, on a need to know basis, for when to alert the School Nurse that medical care is necessary.

I understand that: No local board of education and its employees and agents shall be liable in civil damages to any party for any act authorized or for any omission relating to that act, unless that act or omission amounts to gross negligence, wanton conduct, or intentional wrongdoing.

- Information shared may be in the form of an emergency or individual care plan for my child and may include information provided by my child's physician, myself, or from records that have been released to the school from another agency.
- Exchange of information will be limited to the minimum necessary to provide the required assistance for my child and will be shared only with those staff members who may need to provide the specified assistance for him/her.
- This consent to release information must be signed before my child's teacher can provide assistance with special medical needs other than notifying parents and providing Emergency Services (911).

**COMPARTIMIENTO DE INFORMACIÓN MÉDICA**

*Yo doy permiso para que mi niño/a \_\_\_\_\_ reciba los siguientes servicios por el Doctor o Enfermera de la Escuela: examen de salud, primeros auxilios, estatura, peso, presión, examen para visión, audición, y escoliosis, y otro procedimientos necesario para el bienestar de mi niño.*

*También doy permiso para que la enfermera escolar consulte la condición médica de mi niño/a, con su maestra/o y otro personal de Cresthaven Academy Charter School y Cresthaven Academy Foundation, en caso de necesidad de conocimiento, o cuando hay que alertar a la enfermera escolar que atención médica es necesaria.*

*Yo entiendo lo siguiente: Ninguna Junta de Educación local y sus empleados y representantes serán responsables en daños civiles hacia personas por acciones o actos autorizados o por omisión relacionado con el acto, a menos que ese acto u omisión signifique negligencia grave, conducta lasciva, u ofensa intencional.*

- *Información compartida puede ser en forma de una emergencia o plan de cuidado individual para mi niño y puede incluir información provista por el Médico primario de mi niño/a, mi persona, o de archivos que han sido enviados a la escuela de parte de otra agencia.*
- *Intercambio de información será limitada a lo mínimo necesario para proveer la asistencia adecuada para mi niño y será compartida solo con el personal que necesite administrar la asistencia médica a él o a ella.*
- *Este consentimiento para compartir información debe ser firmado antes de que el Maestro/a de mi niño/a pueda proveer asistencia con necesidades médicas especiales, además de notificar a los padres y proveer servicios de emergencia (911).*

Student's Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
*Nombre del Estudiante Fecha de Nacimiento*

Parent/Guardian's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
*Firma del Padre/Guardián Fecha*



**EMERGENCY TRANSPORTATION PERMISSION**  
*PERMISO PARA TRANSPORTE DE EMERGENCIA*

**IMPORTANT:** In case of an emergency or serious illness, I, \_\_\_\_\_, request that the school contact me. If however, the school is unable to reach me in a timely manner, I hereby authorize Cresthaven Academy Charter School and Cresthaven Academy Foundation to contact Emergency Services (911) and make any arrangements deemed necessary to address the incident.

*IMPORTANTE:* En caso de emergencia o enfermedad seria, yo pido que la escuela me contacte. Pero, si la escuela no me puede localizar en un tiempo razonable, yo autorizo a Cresthaven Academy Charter School y Cresthaven Academy Foundation que llame a servicios de emergencia (911) y haga cualquier arreglo necesario para resolver el incidente.

Student's Name _____ <small>Nombre del Estudiante</small>	Date of Birth _____ <small>Fecha de Nacimiento</small>
Parent/Guardian's Signature _____ <small>Firma del Padre/Guardián</small>	Date _____ <small>Fecha</small>

Preference of Local Hospital/*Preferencia de Hospital Local* \_\_\_\_\_

Does your student take any medications?  Yes  No Name/s \_\_\_\_\_  
¿Toma algún medicamento su hijo/a? Si No Nombre/s

Do you need any medication to be administered at school?  Yes/Si  No  
¿Necesita que le demos medicamento en la escuela?

Name of medication/*Nombre del medicamento* \_\_\_\_\_

Does your student have health insurance?  Yes/Si  No  
Tiene seguro médico su hijo/a?

If your student has health insurance, indicate the provider below:  
Si el estudiante tiene seguro médico, indique cual:

<input type="checkbox"/> Aetna HMO	<input type="checkbox"/> Health Net HMO	<input type="checkbox"/> NJ KidCare
<input type="checkbox"/> AmeriHealth HMO	<input type="checkbox"/> Horizon Blue Cross Blue Shield NJ	<input type="checkbox"/> Oxford HMO
<input type="checkbox"/> Cigna Healthcare HMO	<input type="checkbox"/> Horizon BCBS of NJ Plus	<input type="checkbox"/> Other _____

**CONSENT TO INTERNET ACCESS/CONSENTIMIENTO PARA ACCESO AL INTERNET**

I give permission for my student \_\_\_\_\_ to access the internet. I understand that the school will take all reasonable precautions to ensure that the students will not gain access to inappropriate material. I agree that the school cannot be held responsible for the nature or content accessed through the internet and is not liable for any damages arising from the use of internet facilities.

*Yo otorgo permiso para que mi niño/a tenga acceso al internet. Entiendo que la escuela tomará toda precaución razonable para asegurar que los estudiantes no tengan acceso a material que no sea apropiado. Estoy de acuerdo que la escuela no será responsable por el contenido accedido a través del internet y no será responsable por daños que se levanten a causa del uso del internet.*

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*Firma del Padre/Guardián*

*Fecha*

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

*Nombre del Padre/Guardián*

*Relación*

**CRISIS PREVENTION INSTITUTE - MANAGEMENT SYSTEM/INSTITUTO DE PREVENCIÓN DE CRISIS**

The safety and security of each and every student is paramount. Therefore, we have staff trained to preempt and prevent any child from physically hurting him/herself or their classmates. In the event that verbal guidance to correct a behavior does not secure safety and a child begins injuring him/herself, another child, or a staff member, we have personnel trained to passively hold a child during a crisis to avoid injury. I acknowledge that a trained staff member may use Nonviolent Crisis Intervention as a last resort if my child, \_\_\_\_\_, were to be in crisis.

*La seguridad y bienestar de cada estudiante es muy importante. Por eso tenemos un equipo entrenados para prevenir y anticipar de que un niño/a se lastime físicamente a sí mismo o a un compañero. En el evento que la guía verbal no ayude a corregir el comportamiento y provee seguridad, y el niño empieza a lastimar, lastimar u otro niño, o a un adulto, tenemos personas entrenadas para sostener pasivamente a un niño en crisis para prevenir que se lastimen. Yo reconozco que una persona entrenada podría usar una Intervención No-violenta de Crisis como un último recurso si mi hijo/a, \_\_\_\_\_, estuviese en crisis.*

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*Firma del Padre/Guardián*

*Fecha*

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

*Nombre del Padre/Guardián*

*Relación*

**Submitting this Student Enrollment & Registration Packet does not guarantee acceptance.** Only students accepted to Cresthaven Academy Charter School will be allowed to attend our school. If the scholar is accepted because you submitted false, incorrect or misleading information, we may refuse to enroll the scholar. My signature below indicates that, to the best of my knowledge, the information in my scholar's Enrollment & Registration Packet is true and accurate.

**Entregar este paquete de Registración & Matrícula no garantiza la entrada.** Solamente los estudiantes aceptados a Cresthaven Academy Charter School serán permitidos atender nuestra escuela. Si el estudiante es aceptado porque usted nos dio información falsa o incorrecta, nosotros podemos rechazar la entrada del estudiante. Mi firma abajo indica que, a mi mejor conocimiento, la información sobre este paquete de Registración & Matrícula es cierta y verdadera.

Student's First Name \_\_\_\_\_ Student's Last Name \_\_\_\_\_

*Primer Nombre del Estudiante*

*Apellido del Estudiante*

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*Firma del Padre/Guardián*

*Fecha*

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

*Nombre del Padre/Guardián*

*Relación*



## Home Language Survey (HLS) Form

**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**

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*Firma del Padre/Guardián*

*Fecha*

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

*Nombre del Padre/Guardián*

*Relación*

Did staff members assist? Yes No Staff Member Name \_\_\_\_\_

**SCHOOL USE ONLY**

<b>ESL File Opened</b>	<b>ESL Test Date</b>	<b>Today's Date</b>	<b>Test</b>
<b>ESL Evaluator</b>	<b>ESL Level</b>	<b>Placement</b>	<b>Grade</b>

## Encuesta de Lenguaje de Nueva Jersey (HLS)

**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**

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*Firma del Padre/Guardián*

*Fecha*

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

*Nombre del Padre/Guardián*

*Relación*

Did staff members assist? Yes No Staff Member Name \_\_\_\_\_