

Incomplete packets **WILL NOT** be accepted.

Please make sure all pages in the packet are complete and **copies** of the required supporting documents are included.

If anything is missing, your packet will be handed back to you and you will forfeit your place in line.

If you have any questions, please contact the Duffy Office at 973-361-2506.

**NO SERÁN ACEPTADOS** paquetes incompletos.

Por favor asegúrese de que todas las páginas del paquete estén completas y que estén las **copias** incluidas de todos los documentos justificativos requeridos.

Si le falta algo, se le devolverá su paquete y perderá su lugar en la fila.

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con la oficina de Duffy al  
973-361-2506.

# WHARTON BOROUGH PUBLIC SCHOOLS

www.wbps.org



**"Learn to Thrive in a Dynamic World"**

## **Marie V. Duffy Elementary School**

*"Governor's School of Excellence"*

Pamela S. Blalock, Principal

## **Alfred C. MacKinnon Middle School**

Robert D. Hayzler, Principal

Christopher Herdman  
Superintendent

Sandy Cammarata  
Business Administrator

Kenneth Russo  
Director of  
Curriculum & Instruction

Marie Giantomasi  
Director of Special Education  
& Child Study Team Services

### Board of Education

Robin Ghebreal  
President

Kelly Elardo  
Vice President

Anthony Astrologo  
Satwant Banga  
Pamela Schiele  
Jennifer Hobbs

### Superintendent's Office

973.361.2592  
Fax 973.895.2187

### Business Office

973.361.2593  
Fax 973.442-7593

### Marie V. Duffy School

973.361.2506  
Fax 973.361.4917

### Alfred C. MacKinnon School

973.361.1253  
Fax 973.361.4805

### Child Study Team

973.361.3010  
Fax 973.361.4897

### Guidance

973.361.2506  
Fax 973.361.4917

137 East Central Avenue  
Wharton, NJ 07885

Dear Parent or Guardian of one of our Entering Preschoolers:

Please take the time to review the enclosed preschool funding application to see if you qualify. If you qualify, your child is eligible to receive funding for one of our 3 & 4 year old, full day programs listed below, on a first come – first served income basis, as long as preschool funding is available:

**Head Start (Dover)**

**Learning Tree Academy (Succasunna)**

**Little Learners (Kenvil)**

**Magic Garden (Wharton)**

*The application should be turned in at the Duffy Office between 9:30 A.M. and 2:45 P.M. or mailed to: Wharton Board of Education 137 E. Central Ave. Wharton, NJ 07885*

Estimado Padre o Tutor de uno de nuestros Preescolares Principiantes:

Por favor tómese el tiempo para revisar la solicitud adjunta de financiamiento preescolar para ver si califica. Si califica, entonces su hijo es elegible para recibir fondos para uno de nuestros programas preescolares que se detallan a continuación, el primero que llega-primero será atendido basado en sus ingresos y hasta donde tengamos financiación preescolar disponible:

**Head Start (Dover)**

**Learning Tree Academy (Succasunna)**

**Little Learners (Kenvil)**

**Magic Garden (Wharton)**

*La solicitud debe entregarse en la oficina de Duffy entre las 9:30 a.m. y las 2:45 p.m. o la puede mandar por correo a Wharton Board of Education -137 E. Central Ave. Wharton, NJ 07885.*

Sincerely/Atentamente,

*Sandy Cammarata*

Business Administrator/Administradora de Empresas

# WHARTON BOROUGH PUBLIC SCHOOLS

www.wbps.org



“Learn to Thrive in a Dynamic World”

*Marie V. Duffy Elementary School*

*“Governor’s School of Excellence”*

Pamela S. Blalock, Principal

*Alfred C. MacKinnon Middle School*

Robert D. Hayzler, Principal

Christopher Herdman  
Superintendent

Sandy Cammarata  
Business Administrator

Kenneth Russo  
Director of  
Curriculum & Instruction

Marie Giantomasi  
Director of Special Education  
& Child Study Team Services

Board of Education

Robin Ghebreal  
President

Kelly Elardo  
Vice President

Anthony Astrologo  
Satwant Banga  
Pamela Schiele  
Jennifer Hobbs

Superintendent’s Office

973.361.2592  
Fax 973.895.2187

Business Office

973.361.2593  
Fax 973.442-7593

Marie V. Duffy School

973.361.2506  
Fax 973.361.4917

Alfred C. MacKinnon School

973.361.1253  
Fax 973.361.4805

Child Study Team

973.361.3010  
Fax 973.361.4897

Guidance

973.361.2506  
Fax 973.361.4917

137 East Central Avenue  
Wharton, NJ 07885

Estimado Padre / Tutor de un Preescolar de Wharton:

Podemos ofrecer a los padres de Wharton la opción de programas preescolares de día completo con financiación completa (siempre que haya fondos disponibles para preescolar). Por favor consulte la carta de Sandy Cammarata, (Administradora de Empresas) para obtener una lista de las escuelas preescolares privadas que aceptan estudiantes de Wharton.

¿Cómo registrarse?

- Complete el **Paquete de Registración** y devuelva el paquete completo con **copias** de los documentos de respaldo necesarios. Los paquetes completos se pueden dejar en la entrada principal de Duffy a partir del miércoles 12 de marzo entre las 9:30 A.M. y 2:45 P.M. o se puede enviar por correo a la escuela a la siguiente dirección:

Wharton Board of Education  
137 E Central Avenue  
Wharton, NJ 07885

Una vez que se comprueba la residencia y se han completado y enviado los documentos en el Paquete de Registración, su hijo está oficialmente inscrito y el proceso de registración está completo. Intentaremos cumplir con su petición de un programa preescolar específico. Head Start también puede revisar su paquete de registro.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en comunicarse con el Sr. Mike Laudati ([mlaudati@wbps.org](mailto:mlaudati@wbps.org)) el Consejero de Orientación, o, si su pregunta es sobre prueba de residencia, llame a la Oficina Administrativa (973-361-2593) o envíe un correo electrónico a Yelitza Ledesma ([yledesma@wbps.org](mailto:yledesma@wbps.org)).

Atentamente,

Pamela S. Blalock  
Directora

Child's Name: \_\_\_\_\_

Applicant Name: \_\_\_\_\_

Parent/ Guardian Email \_\_\_\_\_

Dear Parent or Guardian of one of our upcoming preschoolers:

Please take the time to review the enclosed preschool funding application to see if you qualify for the funding. If you qualify, your child is eligible to attend one of our **full day** preschool programs listed below, on a **first come – first served** basis, as long as preschool funding is available:

**Please mark a first, second and third choice from the following Pre-School centers:**

Head Start (Dover) \_\_\_\_\_

Learning Tree Academy (Succasunna) \_\_\_\_\_

Little Learners (Kenvil) \_\_\_\_\_

Magic Garden (Wharton) \_\_\_\_\_

**Please return this form to the Duffy office with your Registration Packet.**

\*\*\*\*\*

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

Nombres del solicitante: \_\_\_\_\_

Padre/ Tutor Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Estimado Padre o Guardián de uno de nuestros próximos preescolares:

Por favor, tómese el tiempo para revisar la solicitud de financiamiento preescolar para ver si califica para el financiamiento. Si califica, su hijo es elegible para asistir a uno de nuestros programas preescolares de **día completo** que se enumeran a continuación, por **orden de llegada**, siempre y cuando haya fondos preescolares disponibles:

**Por favor, marque primera, segunda y tercera opción de los siguientes centros preescolares:**

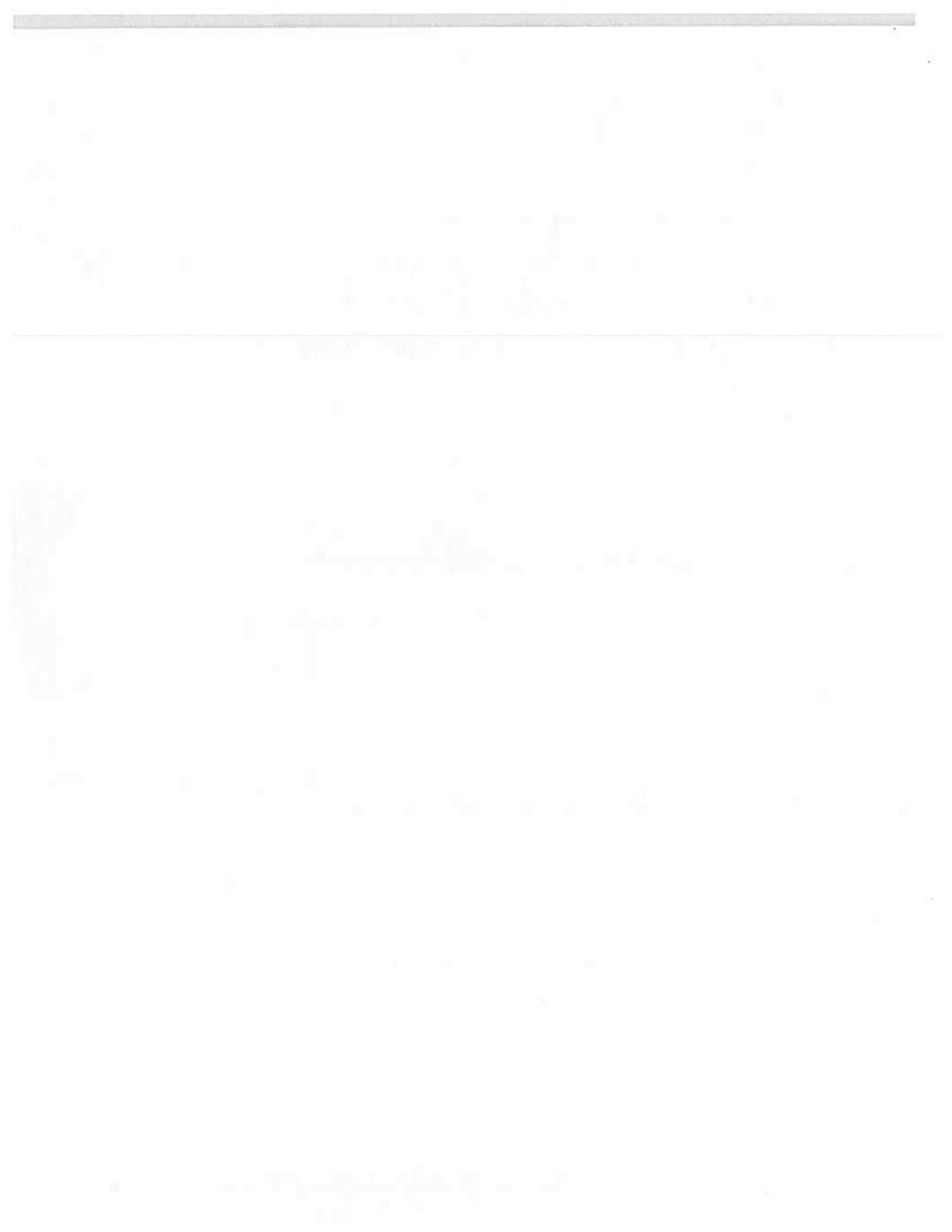
Head Start (Dover) \_\_\_\_\_

Learning Tree Academy (Succasunna) \_\_\_\_\_

Little Learners (Kenvil) \_\_\_\_\_

Magic Garden (Wharton) \_\_\_\_\_

**Por favor regrese esta forma a la oficina de la escuela de Duffy junto con el Paquete de Registración.**





## PAQUETE DE REGISTRACIÓN



**Marie V. Duffy**  
Escuela Primaria

---

*Ms. Pamela S. Blalock*  
Directora

---

**Pre-Kinder – 5° Grado**

**Nota:** Los nuevos estudiantes de Pre-Kinder y de Kinder también necesitan llenar el **Cuestionario para Padres.**

*(Por favor, pídale en la oficina de la escuela)*



**Alfred C. MacKinnon**  
Escuela Intermedia

---

*Mr. Robert Hayzler*  
Director

---

**6° Grado – 8° Grado**

**Nota:** Los estudiantes que deseen participar en algún deporte, también necesitan completar un examen **Físico para Deportes.**

*(Los formularios se encuentran en la página de internet de la escuela)*



## REQUISITOS PARA INSCRIPCIÓN

POR FAVOR PRESENTAR LO SIGUIENTE:

### (1.) Paquete de Matrícula con toda la información (Adjunto)

- Formulario de Matrícula – Completar ambos lados
- Formulario de Encuesta del Lenguaje - Completar
- Permiso para Retiro de Registro Escolar - Firmar
- Sección A, B, C, o D (Formulario A adjunto, Formulario B,C,D disponible en la Oficina Principal)

Completar la **SECCIÓN A (DOMICILIO)** si el estudiante vive con uno de los padres o encargado cuya residencia permanente es la dirección dada en la página 1 de esta aplicación y está localizada dentro del distrito.

o

Completar la **SECCIÓN B ("DECLARACIÓN JURADA" DE ESTUDIANTE)** si el estudiante vive con una persona que no sea uno de sus padres o encargado, residente del distrito.

o

Completar la **SECCIÓN C (RESIDENTE TEMPORAL)** si el estudiante está viviendo con uno de los padres o encargado temporalmente.

o

Completar la **SECCIÓN D (CIRCUNSTANCIA ESPECIAL)** si la situación del estudiante no ha sido mencionada en la Sección A, B o C o si cualquiera de las circunstancias en la Sección D es aplicable.

### (2.) 8 puntos de prueba de residencia (Preguntas de residencia? Llame al 973-361-2593)

- **6 Puntos** – Estado de Cuenta de la Compra o Alquiler de su casa/Plan de pagos/Recibo de los taxes del Town.
- **6 Puntos** – "Certificate of Habitation" gestionado y expedido en el Town Hall de Wharton.
- **4 Puntos** – Declaración Jurada del dueño de la vivienda, certificando que Ud. reside allí.
- **2 Puntos** – Contrato de su Residencia (Lease).
- **1 Punto** – Licencia de Conducir de NJ, que refleje su dirección actual.
- **1 Punto** – Pasaporte/Visa que refleje su dirección actual.
- **1 Punto** – Recibo de luz, agua u otro *bill* o Tarjeta de Credito de fecha reciente y que refleje su dirección actual (solo 2 podrán ser aceptados).

### (3.) Registro de inmunizaciones y vacunas

### (4.) Certificado o partida de nacimiento

### (5.) Copia más reciente de calificaciones (si las tiene disponibles)

### (6.) Examen Físico Más Reciente

**NINGUN NIÑO PODRÁ SER REGISTRADO SI ES QUE LA PRUEBA DE RESIDENCIA, LOS DOCUMENTOS DE SALUD Y/O EL PAQUETE DE REGISTRACIÓN ESTÁN INCOMPLETOS**



# WHARTON BOROUGH PUBLIC SCHOOLS

## STUDENT REGISTRATION FORM *FORMULARIO DE MATRICULA*

FOR OFFICE USE ONLY *PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE*

REGISTRATION DATE: \_\_\_\_\_ GRADE/TEACHER: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 ENTRY DATE: \_\_\_\_\_ BC  POR  NURSE

### 1. PUPIL INFORMATION *Informacion del Pupllo (A)*

LAST NAME *Apellido* \_\_\_\_\_ FIRST NAME *Nombre* \_\_\_\_\_ MIDDLE *2do Nombre* \_\_\_\_\_ SEX *Sexo* \_\_\_\_\_  
 ADDRESS *Direccion* \_\_\_\_\_ HOME TELEPHONE# *Telefono de casa* \_\_\_\_\_  
 BIRTH DATE *Fecha de Nacimiento* \_\_\_\_\_ PLACE OF BIRTH *Lugar de Nacimiento* \_\_\_\_\_ EMAIL ADDRESS *Dirección de correo electrónico* \_\_\_\_\_  
 NAME OF LAST SCHOOL ATTENDED *NOMBRE DE LA ESCUELA ANTERIOR* ADDRESS *Direccion* \_\_\_\_\_ GRADE ENTERING *Grado* \_\_\_\_\_

### 2. PARENT/GUARDIAN INFORMATION: *Información de los padres con quien el niño(a) vive:*

CHILD IS LIVING WITH:  MOTHER *Madre*  FATHER *Padre*  GUARDIAN *Encargado*  
*NINO VIVE CON*  STEP-MOTHER *Madrastra*  STEP-FATHER *Padrastro*

MOTHER'S NAME *Nombre de la Madre* \_\_\_\_\_  
 ADDRESS *Direccion de la Madre* \_\_\_\_\_  
 PLACE OF EMPLOYMENT *Lugar de Empleo* \_\_\_\_\_

HOME PHONE *Telefono de casa* \_\_\_\_\_  
 CELL PHONE *Celular* \_\_\_\_\_  
 WORK PHONE *Telefono del Trabajo* \_\_\_\_\_

FATHER'S NAME *Nombre del Padre* \_\_\_\_\_  
 ADDRESS *Direccion del Padre* \_\_\_\_\_  
 PLACE OF EMPLOYMENT *Lugar de Empleo* \_\_\_\_\_

HOME PHONE *Telefono de casa* \_\_\_\_\_  
 CELL PHONE *Celular* \_\_\_\_\_  
 WORK PHONE *Telefono del Trabajo* \_\_\_\_\_

GUARDIAN'S NAME (IF NOT LIVING WITH PARENT) *Nombre del Encargado* \_\_\_\_\_  
 GUARDIAN'S ADDRESS *Direccion del Encargado* \_\_\_\_\_  
 PLACE OF EMPLOYMENT *Lugar de Trabajo* \_\_\_\_\_

HOME PHONE *Telefono de casa* \_\_\_\_\_  
 CELL PHONE *Celular* \_\_\_\_\_  
 WORK PHONE *Telefono del Trabajo* \_\_\_\_\_

### 3. FAMILY INFORMATION *Informacion familiar*

PLEASE LIST ALL OTHERS LIVING IN THE HOME WITH THE STUDENT AND THEIR RELATIONSHIP TO THE STUDENT.  
*POR FAVOR ESCRIBIR LOS NOMBRES Y PARENTESCO DE OTROS QUE VIVEN EN EL MISMO HOGAR DEL ESTUDIANTE*

NAME <i>Nombre</i>	AGE <i>Edad</i>	RELATIONSHIP <i>Parentesco</i>
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____

Please complete side two of this form. *Completar el dorso de esta pagina*



**4. PLEASE ANSWER ALL OF THE FOLLOWING FAVOR DE CONTESTAR TODO LO SIGUIENTE:**

1. Does your child speak English? ¿Habla su hijo (a) Inglés? Yes Sí  No

2. Does your child speak another language? ¿Habla su hijo (a) otro lenguaje? Yes Sí  No

If yes, what language? Si contesto sí, que lenguaje? \_\_\_\_\_

3. Have they been in: ¿Han estado en...  
ESL? ¿Clase de Segundo Idioma? Yes Sí  No

Bilingual Program? ¿Programa Bilingue? Yes Sí  No

Classified(CST)? Clasificado para programa de estudio en grupo Yes Sí  No

Speech? Terapia del Habla Yes Sí  No

BSI Remedial? Ayuda Remediativa en Destrezas Básicas Yes Sí  No

What Subjects? En que Materias \_\_\_\_\_

4. What math level has your child been taught at his/her previous school?(Middle School only) Circle one:  
¿Qué nivel de matemáticas estudiaba su hijo(a) en la Matemáticas de su grado

Algebra      Pre-Algebra      Grade Level math

5. Has your child been in a gifted or enriched program?  
¿Ha estado su hijo(a) en el programa dotado/ talentoso o de enriquecimiento?

Yes Sí  No  If yes, what areas? Si contestó sí, ¿Qué área? \_\_\_\_\_

**5. PHYSICAL/HEALTH INFORMATION Información de salud y física**

PLEASE INDICATE IF THE CHILD HAS ANY PHYSICAL OR MEDICAL PROBLEM IN THE FOLLOWING AREAS:

Favor indicar si el niño(a) tiene algún problema de salud o físico en las siguientes áreas:

Wears glasses? ¿Usa Espeuelos? Yes Sí  No

Wears hearing aid? ¿Usa artefacto auditivo? Yes Sí  No

FAMILY DOCTOR: Médico Familiar: \_\_\_\_\_

PHONE # Teléfono: \_\_\_\_\_

EMERGENCY CONTACT: Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

PHONE # Teléfono: \_\_\_\_\_

**6. OPTIONAL INFORMATION Información opcional**

Ethnic background information is requested of all New Jersey Public Schools in the completion of an annual State Report. The purpose of this information request is to give accurate #'s to the State Department of Education and not to identify students. You are not required to complete this section, but your cooperation would be appreciated.

Antecedente étnico: Es pedido en todas las escuelas públicas de Nueva Jersey para completar los reportes anuales.

El propósito de pedir esta información es para darle al Departamento de Educación un numero exacto de estudiantes, no para identificarlos. No le exigimos completar esta sección, pero su cooperación es altamente apreciada.

- |   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> White Blanco                   | <input type="checkbox"/> Black/African American Negro/Americano Africano                      | <input type="checkbox"/> Other Otro |
| <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino Hispano/Latino | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander Nativo de Hawai Isleno del Pacifico |                                     |
| <input type="checkbox"/> Asian Asiatico                 | <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native Indio Americano/Nativo de Alaska       |                                     |

**7. SIGNATURE Firma:** \_\_\_\_\_ **DATE Fecha:** \_\_\_\_\_

# WHARTON BOROUGH PUBLIC SCHOOLS



*Propósito: La encuesta sobre el idioma natal se utiliza únicamente para ofrecer servicios educativos apropiados "U.S. ED EL Toolkit, Chapter 1". Esta encuesta es el primero de tres pasos para identificar si un estudiante es elegible o no para ser identificado como estudiante multilingüe (MLL). "Casa" se define como el lugar de residencia actual del estudiante.*

Información del estudiante:

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (mes / día / año): \_\_\_\_\_

Dirección Actual: \_\_\_\_\_

Preguntas de la Encuesta:

1.) Enumere todos los idiomas utilizados en el hogar del estudiante.

\_\_\_\_\_

2.) ¿El primer idioma utilizado por el estudiante fue un idioma distinto al inglés?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si

3.) ¿El estudiante habla o entiende otro idioma además del inglés?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si

4.) Al interactuar con otras personas en casa (ejemplo: padres, tutores, hermanos), ¿el estudiante entiende o usa un idioma distinto al inglés la mayor parte del tiempo?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si

5.) Al interactuar con otras personas fuera del hogar (ejemplo: amigos, cuidadores), ¿el estudiante entiende o usa un idioma distinto al inglés la mayor parte del tiempo?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si



# WHARTON BOROUGH PUBLIC SCHOOLS

*www.wbps.org*

*"Learn to Thrive in a Dynamic World"*

Marie V. Duffy Elementary School

Alfred C. MacKinnon Middle School

## PERMISSION TO RELEASE SCHOOL RECORDS

*PERMISO PARA TRANSFERIR REGISTROS ESCOLARES*

\_\_\_\_\_ has been enrolled in Grade \_\_\_\_\_ of our school.

Please, forward available academic and health records. Other information, which will be useful in placement and counseling, would be appreciated. Include CST records if applicable. If student is transferring from a New Jersey school please include the NJ student ID and A-45 health form.

Parental permission for the release of such records is indicated below.

Thank you for your assistance,

Guidance Department

Wharton School District

**I authorize the release of all records of my child to Wharton School District:**

*Doy mi autorización para transferir los expedientes de mi hijo (a) al Distrito Escolar de Wharton :*

\_\_\_\_\_  
**Student's name**  
*(Nombre del estudiante)*

\_\_\_\_\_  
**Date of Birth**  
*(Fecha de nacimiento)*

\_\_\_\_\_  
**Signature of Parent / Guardian**  
*(Firma del Padre/Tutor)*

\_\_\_\_\_  
**Date**  
*(Fecha)*

Please send records to:

**Wharton Public Schools  
Guidance Department  
137 East Central Avenue  
Wharton, NJ 07885**

**Tel. 973-361-1253 ext. 253**

**Fax. 973-361-4805**



Christopher J. Herdman  
Superintendent  
(973) 361-2592

Sandy Cammarata  
Business Administrator  
(973) 361-2593

---

## INFORMACIÓN PRELIMINAR: POR FAVOR LEA ANTES DE PROCEDER

**Las preguntas hechas en las siguientes páginas nos permitirá determinar la elegibilidad del estudiante de asistir las escuelas en el Distrito de acuerdo a la Ley de Nueva Jersey. Usted está siendo advertido que N.J.S.A.18A:38-1 y N.J.A.C. 6A:28-2 específicamente, que una educación gratuita será proveída a todo estudiante entre las edades 5 y 20 años que:**

- Su domicilio está en el Distrito, por ejemplo; viviendo con uno de los padres o encargado cuya residencia de permanencia está localizada dentro del Distrito. Un domicilio permanente es cuando un padre o encargado tiene el intento de regresar a esa dirección cuando ha estado ausente, y no tiene ninguna intención de mudarse, no obstante posean propiedades y residencias en otros lados.
- Viva con otra persona que no sea uno de los padres o encargado, que vive en el Distrito y está ayudando al estudiante sin remuneración económica, como si el estudiante fuese su hijo(a), porque los padres no pueden soportar al niño(a) debido a su situación económica.
- Esté viviendo con una persona que no sean los padres o encargado, y cuyo domicilio sea en el Distrito, cuando el padre o encargado sea parte de La Guardia Nacional de Nueva Jersey o de La Reserva de las Fuerzas armadas y ha sido ordenado a ser parte activa de su servicio militar, en tiempos de guerra o emergencia nacional.
- Que viva con uno de los padres o encargado y que reside temporalmente dentro del Distrito.
- Sea el hijo(a) de padres que tengan que mudarse a otro distrito debido al desplazamiento causado por la pérdida de su hogar.
- Ha sido puesto en el hogar de un residente del distrito, por orden de la Corte conforme a N.J.S.A. 18A:38-2.
- Sea el hijo(a) de padres o encargado que vivía previamente en el distrito pero es miembro de La Guardia Nacional de Nueva Jersey o de La Reserva de Los Estados Unidos y ha sido ordenado a servicio activo en tiempo de Guerra o emergencia nacional, conforme a N.J.S.A. 18A:38-3(b).
- Reside en propiedad federal dentro del estado conforme a N.J.S.A.18A:38-7.7.

*Note que lo siguiente no afecta la elegibilidad del estudiante para ser matriculado en la Escuela:*

- La Condición física de la casa y el acuerdo de las ordenanzas locales de la vivienda y términos de contratos de arrendatarios.
- Emigración /estado de visa, a excepción de estudiante que han aplicado para visa (F-1) emitida específicamente para estudios limitados, a su propio costo en las escuelas primarias y secundarias de los Estados Unidos.
- Ausencia de una copia certificada del acta de nacimiento u otra prueba de identidad del estudiante, aunque estas tienen que ser proveídas en 30 días desde la fecha original de matrícula, conforme a N.J.S.A. 18A: 36-25.1.
- Ausencia de la información médica del estudiante, aunque el atender a la escuela en el presente puede ser deferida como necesaria siempre y cuando esté en acuerdo con las reglas de inmunización de los estudiantes, conforme a N.J.A.C.8:57-4.1.
- Ausencia de registros escolares de otras escuelas, aunque el nivel de educación inicial que le corresponde al estudiante, tenga que ser evaluado o revisado cuando la escuela reciba dichos registros.

**Los siguientes documentos y formas pueden demostrar la elegibilidad del estudiante para ser registrado en el distrito. Documentación peculiar y necesaria para demostrar elegibilidad bajo provisiones específicas de la ley, serán indicadas en la sección apropiada del formulario de registro.**

- Estado de Cuenta de la Compra o Alquiler de su casa/Plan de pagos/Recibo de los taxes del Town.
- Certificate of Habitation" gestionado y expedido en el Town Hall de Wharton.
- Declaración Jurada del dueño de la vivienda, certificando que Ud. reside allí.
- Contrato de su Residencia (Lease).
- Licencia de Conducir de NJ, que refleje su dirección actual.
- Passporte/Visa que refleje su dirección actual.

- Recibo de luz, agua u otro bill o Tarjeta de Crédito de fecha reciente y que refleje su dirección actual (solo 2 podrán ser aceptados).

La cantidad de pruebas e información que usted nos presente, será considerada en la evaluación de una aplicación, y a menos que sea expresamente requerido por la ley, al estudiante no se le negará la matrícula basados en su incapacidad de proveernos con ciertos documentos donde más evidencia aceptable está presente.

No se le pedirá ningún documento que sea protegido por la ley a ser declarado, o que envuelvan criterios que no tengan una base legítima que determine la elegibilidad de atender la escuela. Usted puede voluntariamente enseñar cualquier documento o información que nos ayude a establecer si el estudiante llena todos los requisitos de la ley que le dé el derecho de asistir a la escuela del distrito, pero que nosotros directa o indirectamente, requerimos o demandamos:

- Impuesto de Ingresos;
- Documentos o información relacionada a la ciudadanía o visa de emigración, a menos que el estudiante posea o esté aplicando por visa de estudiante F-1;
- Documentos o información relacionada a las condiciones o leyes locales de arrendamiento;
- Números de seguro social.

**Por favor considere que cualquier determinación primicia de la elegibilidad del estudiante de asistir a la escuela de este distrito, puede ser revisada extensamente así como re-evaluada consecuentemente, y se le exigirá un costo escolar si se prueba que el estudiante no es elegible ahora o en el futuro, y se le proveerá a usted con las razones porqué nosotros tomamos esa decisión y le daremos las guías a seguir si usted quiere apelar dicha decisión.**

***Si usted experimenta dificultades con el proceso de matriculación, por favor comuníquese con el Superintendente.***

**Para el encargado de matricular al estudiante: Por favor complete adecuadamente la sección A, B, C o D, de acuerdo a la situación que más se asemeja a la del estudiante:**

***Completar SECCIÓN A (Domicilio) si el estudiante está viviendo con los padres o encargado legal cuya residencia permanente es la dirección dada en la página #1 de ésta aplicación y está localizada en este distrito. Formulario adjunto.***

**O**

***Completar SECCIÓN B (Declaración Jurada de Estudiante) si el estudiante vive con alguien que no es su padre o madre y cuyo domicilio permanente es en el distrito. Formulario disponible en la Oficina de la Junta Educativa.***

**O**

***Completar SECCIÓN C (Residencia Temporal) si el estudiante vive con los padres o encargado y que residen temporalmente en el distrito. Formulario disponible en la Oficina de la Junta Educativa.***

**O**

***Completar SECCION D (Circunstancias Especiales) si la situación del estudiante no es mencionada en las Secciones A, B o C o si alguna de las circunstancias en la sección D es aplicable. Formulario disponible en la Oficina de la Junta Educativa.***

## SECCION A (Domicilio):

Completar esta sección si el estudiante está viviendo con los padres o encargado cuya residencia permanente es la dirección dada en el formulario de matrícula y está localizada en el distrito. Si es el caso, por favor adjunte el contrato/arreglo de la custodia del niño(a).

*(Si usted es el encargado del estudiante, o será el encargado fuera del estado después de vencerse la estadía de seis meses de espera requeridos, le pediremos que presente documentos oficiales que prueben su tutoría. No se le pedirá que presente prueba de "Declaración de Juramento de Estudiante " del mismo tipo que se requieren en la sección B.)*

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

**Si el domicilio de los padres del estudiante está en otro distrito, sin importar cuál de los padres sea el que está a cargo del estudiante, por favor conteste las siguientes preguntas:**

- Existe una orden del tribunal o un acuerdo firmado entre los padres que designa a qué distrito escolar va a asistir, y si es así, ¿dónde requiere que el estudiante asista a la escuela? (Se le pedirá una copia de éste documento)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Reside el estudiante con uno de los padres por todo el año? Si es así, ¿con cuál de los padres y en qué dirección?  
\_\_\_\_\_
- Si no, ¿qué porción de tiempo el estudiante reside con cada uno, y en qué dirección?  
\_\_\_\_\_
- Si el estudiante reside con cada uno de sus padres la misma cantidad de tiempo, alternando semanas o meses u otra clase de arreglos similares, ¿cuál fue el padre con quien el estudiante estaba en el último día de clases antes del 16 de Octubre después de la fecha de ésta aplicación?  
\_\_\_\_\_

**Por favor considere:**

*Ningún distrito que ha sido designado para que el estudiante vaya a la escuela, cuando éste divide su estadía con ambos padres, está obligado a ofrecer transportación si el estudiante vive fuera del distrito por parte del año escolar, más que la transportación requerida por la ley del distrito donde reside el padre de familia.*

*Si usted clama que es un estudiante emancipado, vive independientemente en un domicilio permanente dentro del distrito Si es así, por favor describa las pruebas que presentará, además de las que demostrarán su domicilio, de que usted no está al cuidado y custodia de sus padres o de un encargado legal.*



# WHARTON BOROUGH PUBLIC SCHOOLS

www.wbps.org

"Learn to Thrive in a Dynamic World"

Marie V. Duffy Elementary School

Alfred C. MacKinnon Middle School

## HISTORIA DE SALUD

SOLO PARA USO DE LA ESCUELA:

Padre de familia/tutor por favor completar la siguiente información:

Start Date: \_\_\_\_\_

### ESTUDIANTE Y SU FAMILIA

F  M

Nombre \_\_\_\_\_ 2do Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Pais de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del padre/ tutor \_\_\_\_\_ Este niño(a) es el No \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ niños.

¿Vive el niño(a) con ambos padres?  
SI  NO

Si su respuesta es "NO", ¿Con Quien vive? Mamá   
Papá   
Tutor

Historial familiar de enfermedades crónicas (diabetes, presión alta, corazón, cáncer)

Cambios recientes en la vida familiar (muerte, divorcio, separación)

### DESARROLLO

¿A que edad su niño(a) ....? Se Sentó \_\_\_\_\_ Gateó \_\_\_\_\_ Se Paró \_\_\_\_\_ Fue al baño solo \_\_\_\_\_  
Habló \_\_\_\_\_ Comió solo \_\_\_\_\_ Caminó \_\_\_\_\_ Se orinaba en la cama \_\_\_\_\_  
¿Qué mano usa? \_\_\_\_\_

### HISTORIA MEDICA (por favor indicar cual/cuales)

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Neurológico/Ataques         | <input type="checkbox"/> Hemorragias/Anemia           | <input type="checkbox"/> Oído/Infección de Oídos     | <input type="checkbox"/> Habla/Expresión          |
| <input type="checkbox"/> Respiratorio/Asma           | <input type="checkbox"/> Hospital/Cirugía             | <input type="checkbox"/> Psicológico                 | <input type="checkbox"/> Endocrino/Diabetes       |
| <input type="checkbox"/> Circulatorio/Corazón        | <input type="checkbox"/> Riñones/Vejiga               | <input type="checkbox"/> Accidentes/Lesión de Cabeza | <input type="checkbox"/> Vista/Especuladores      |
| <input type="checkbox"/> Ortopédico/Huesos Quebrados | <input type="checkbox"/> Dental/Hendidura del Paladar | <input type="checkbox"/> Dermatológico/Piel          | <input type="checkbox"/> Enfermedades Contagiosas |

Explique lo que indicó: \_\_\_\_\_

### ALLERGIAS (por favor indicar cual/cuales)

- Medicamentos  Alimentos  Plantas  Abejas  Cacahuates (maní)  Animales

Explique lo que indicó: \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS

¿Está tomando su hijo(a) algún medicamento? SI  NO

Nombre del medicamento \_\_\_\_\_

Dosis y las veces que se le da \_\_\_\_\_



# WHARTON BOROUGH PUBLIC SCHOOLS

www.wbps.org

## MEDICAL INFORMATION

Student's Name: \_\_\_\_\_

Birth Date: \_\_\_\_\_

Please have your family doctor complete this form and return it to school, **ATTENTION:** School Nurse.  
*\*Favor completar por s su medico familiar y devolver a la escuela bajo: Enfermera Escolar.*

**INSTRUCTIONS TO PHYSICIANS:** Please indicate by a check along side each area if the child is in satisfactory physical condition to participate in a school program. Please also note any unusual or unsatisfactory physical conditions.

Ears/Hearing	Heart	Height	Weight
Eyes/ Vision	Lungs	Nutrition	
Lymph Glands	Abdomen	Nervous System	
Thyroid	Hernia	Speech	
Nose	Genito-Urinary	Blood Pressure	/
Throat	General Appearance	Posture-Feet	
Teeth - Mouth	Orthopedic - Structural	Skin	

Allergies: \_\_\_\_\_

Food: \_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_

Previous surgery/hospitalization (type & date): \_\_\_\_\_

Restrictions, If any: \_\_\_\_\_

Comments/Recommendations: \_\_\_\_\_

This child ( ) IS ( ) IS NOT capable of participating in a regular school program.

Physician's address \_\_\_\_\_

Physician's Signature \_\_\_\_\_


Physician's Printed Name \_\_\_\_\_

Physician's Phone Number \_\_\_\_\_

Date of Physical \_\_\_\_\_

IMMUNIZATIONS	Date	Date	Date	Date
DPT Triple Vaccine				
DPT Booster				
Tdap				
Polio Vaccine				
MMR Vaccine				
Live Measles Vaccine				
Rubella Vaccine				
Mumps Vaccine				
HIB Vaccine				
Hepatitis B Vaccine				
Hepatitis A Vaccine				
Varicella				
Pneumococcal				
Influenza				
Meningococcal				
Gardasil				
TB Test & Results				





**Cuidado de los Niños  
después de clases:**

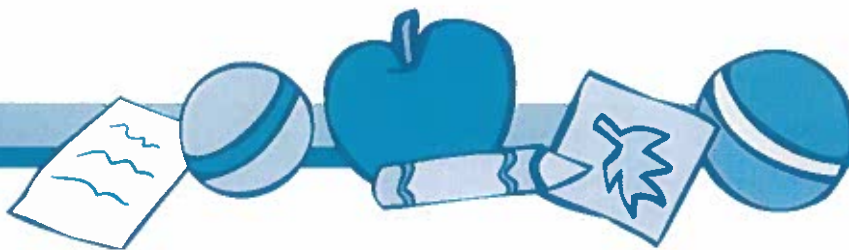
**YMCA**

**Este programa se lleva a cabo en la escuela de  
Duffy y MacKinnon**

Lynn Molitoris  
14 Dover-Chester Rd  
Randolph, NJ 07869  
(973) 366-1120 ext. 16

**The Magic Garden**

113 Fern Ave.  
Wharton, NJ 07885  
(973) 361-4167





FORMULARIO DE OBSERVACIÓN PARA PADRES - Pre-Kindergarten -

Nombre del niño(a) _____		Fecha de nacimiento _____	
Dirección _____		Teléfono _____	
Nombre de los padres: Padre _____		Madre _____	
¿Fue este embarazo diferente en alguna forma? ..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿Hubieron complicaciones durante el parto de este niño(a)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Problemas con su alimentación y/o forma de dormir? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Si dijo SI, por favor, explique: _____		Si dijo SI, por favor, explique: _____	
A que edad su niño .....			
Se sentó _____	Gateó _____	Se paró _____	Caminó _____
Habló _____	Comió solo _____	Dejó los pañales _____	Habló en frases _____
¿Qué mano usa? _____	Este niño(a) es el # _____ de _____ niños.		
¿Sospecha usted de alguno de los siguientes problemas? ¿Fueron verificado por su doctor?			
<input type="checkbox"/> Problema de audición verificado	Algún otro problema verificado (incluyendo emocional o personal) .....SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Problema de visión verificado	Si dijo SI, por favor, explique: _____		
<input type="checkbox"/> Sospecha de problema de audición			
<input type="checkbox"/> Sospecha de problema visual			
Si ha sido verificado por un doctor, por favor, facilítenos sus datos:			
Nombre del Doctor: _____		Dirección: _____	
Asistió a algún programa Preescolar antes..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Nombre de la Escuelita: _____			
Tuvo algún problema en la Escuelita?..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿Cuál fue la dificultad? _____			
¿Alguna vez a estado en alguna agencia o clínica? ..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Razón: _____			
Comentarios: (Por favor, mencione cualquier cosa que usted sienta que podría ser una barrera para que su hijo(a) se adapte a la escuela, compañeros y/o maestros, o si usted siente que usted como padre necesitaría hablar con un trabajador social de la escuela)			
_____			
_____			

<p>Por favor, ponga un check (✓) en A, B, C, or D según corresponda.</p> <p>En su opinión, ha notado que su hijo (tiene/es):</p>	<p><b>A</b> No o Normal para su edad</p>	<p><b>B</b>  A veces</p>	<p><b>C</b> Más a menudo de lo esperado para su edad</p>	<p><b>D</b>  No estoy seguro(a)</p>
1. Dificultad en llevarse bien con otros niños.				
2. Dificultad en expresarse.				
3. Prefiere jugar solo, en vez de jugar con otros niños.				
4. Dificultad de entender lo que habla.				
5. Pelea mucho.				
6. Generalmente luce triste.				
7. Pronuncia mal algunos sonidos: (¿cuales?)				
8. Le molestan los cambios de rutina.				
9. Demanda mucha atención individual.				
10. Excesivamente activo.				
11. Dificultad en llevarse bien con hombres adultos.				
12. Dificultad en llevarse bien con mujeres adultas.				
13. Necesita ser disciplinado continuamente.				
14. Repite lo que dice muchas veces en diferentes situaciones.				
15. Dificultad en relacionar su comportamiento con las consecuencias.				
16. Se confunde al seguir instrucciones.				
17. Dificultad en recordar cosas por largo tiempo.				
18. Dificultad en recordar cosas por corto tiempo.				
19. Lloro muy fácilmente.				
20. Se rinde muy fácilmente.				
21. Rehúsa cooperar a menos que sea obligado.				
22. Tiene mal temperamento o mal carácter.				
23. Cuando ve la TV inclina la cabeza de una forma desacostumbrada.				
24. Sostiene las cosas bien cerca para verlas				
25. Tiene frecuentes dolores de cabeza.				
26. Se frota constantemente los ojos .				
27. Entrecierra los ojos cuando mira algo.				
28. Incapaz de oír sonidos fuertes (bocina de auto, sirena de bomberos) hasta que el vehículo está bien cerca.				
29. Incapaz de enfocar con ambos ojos un objeto.				
30. Incapaz de usar tenedor y cuchara sin ayuda.				
31. Incapaz de agarrar objetos.				
32. Se cansa muy facilmente.				
33. Evita involucrarse en actividades físicas.				
34. Pierde el equilibrio, se tropieza o se cae facilmente.				
35. Dificultad en correr.				

# WHARTON BOROUGH PUBLIC SCHOOLS

[www.wbps.org](http://www.wbps.org)

*"In partnership with the community, the Wharton School district is committed to educational excellence and guarantees challenging learning opportunities for all students to become life-long learners and productive and responsible members of society. It is the expectation of this school district that all pupils achieve the New Jersey core curriculum content standards at all grade levels."*

**Marie V. Duffy Elementary School**

*"Governor's School of Excellence"*

Pamela S. Blalock, Principal

**Alfred C. MacKinnon Middle School**

Robert Hayzler, Principal

## TRANSPORTE PRE-ESCOLAR ELEGIBLE (Más de 2 millas de distancia para el Centro Pre-Escolar)

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Por favor déjenos saber si usted necesita transportación para su hijo(a) para el año escolar 2025-2026

\_\_\_\_\_ Si quiero Transportación

\_\_\_\_\_ **NO Quiero** Transportación

\*\*\*\*\*

\_\_\_\_\_ Head Start, 18 Thompson Ave., Dover

\_\_\_\_\_ Little Learners Kenvil, 659 Route 46 West, Suite 4, Kenvil

\_\_\_\_\_ Learning Tree Academy, 19 Route 10 E. Building 1, Succasunna

Información adicional:

Nombre del padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Edad del Estudiante: \_\_\_\_\_ Peso : \_\_\_\_\_

# WHARTON BOROUGH PUBLIC SCHOOLS

[www.wbps.org](http://www.wbps.org)

*"In partnership with the community, the Wharton School district is committed to educational excellence and guarantees challenging learning opportunities for all students to become life-long learners and productive and responsible members of society. It is the expectation of this school district that all pupils achieve the New Jersey core curriculum content standards at all grade levels."*

**Marie V. Duffy Elementary School**

*"Governor's School of Excellence"*

Pamela S. Blalock, Principal

**Alfred C. MacKinnon Middle School**

Robert Hayzler, Principal

## PRE-SCHOOL ELIGIBLE TRANSPORTATION (More than 2 miles distance to the PK center)

Child's Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Please let us know if you would like transportation for your child for 2025-2026 school year.

\_\_\_\_\_ Yes Want Transportation

\_\_\_\_\_ **DO NOT** Want Transportation

\*\*\*\*\*

\_\_\_\_\_ Head Start, 18 Thompson Ave., Dover

\_\_\_\_\_ Little Learners Kenvil, 659 Route 46 West, Suite 4, Kenvil

\_\_\_\_\_ Learning Tree Academy, 19 Route 10 E. Building 1, Succasunna

Additional information:

Parent's Name: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

Child's Age : \_\_\_\_\_ Weight : \_\_\_\_\_

**WHARTON BOARD OF EDUCATION  
137 EAST CENTRAL AVENUE  
WHARTON, NJ 07885  
TELE: 973-366-2592**

Estudiante: \_\_\_\_\_

Padres:

**Por Favor complete este formulario. Este formulario es necesario para completar el registro de preescolar:**

Ingreso bruto del hogar-Indique cuánto gana y cuando lo recibe por cada persona: Marque columna 3 si no tiene ingresos					
1. Nombre Anote a todos en su hogar- Incluyendo los estudiantes mencionados completa	2. Ingreso bruto y frecuencia <i>Ejemplo: \$100/mes \$100/dos veces al mes \$100/cada 2 semanas \$100/semanales</i>				
	Ganancias del trabajo antes de deducciones	Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio	Pensiones, pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social	Otros Ingresos	3. Marque si no hay ingresos
	<i>Frecuencia?</i>	<i>Frecuencia?</i>	<i>Frecuencia?</i>	<i>Frecuencia?</i>	
1.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
2.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
3.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
4.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
5.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
6.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
7.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
8.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
9.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>

**Parte 5. Firma y Numero de Seguro Social (Un adulto debe firmar)**

*Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. Si completa la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar su número de Seguro Social o marcar el bloque que no tiene número de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad al dorso.)*

*Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondo Federal basado en la información que yo provea. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.*

Firme Aquí: X \_\_\_\_\_ Nombre deletreado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \*\*\*-\*\*-\_\_\_\_\_  
 No tengo número de Seguro Social

Sincerely,

**Sandy Cammarata  
School Business Administrator**

**WHARTON BOARD OF EDUCATION  
137 EAST CENTRAL AVENUE  
WHARTON, NJ 07885  
TELE: 973-366-2592**

Student Name: \_\_\_\_\_

Dear Parents:

**The Preschool Education Funding application requires that you complete the following information:**

**Total Household Gross Income - You must tell us how much and how often for each person: Check if no income**

1. Name: List everyone in household (include students <u>full</u> name)	2. List gross income and how often it was received <i>Example: \$100/monthly \$100/twice a month \$100/every other week \$100/weekly</i>				3. Check if No Income
	Earning from work before deductions <i>How Often?</i>	Welfare, child support, alimony <i>How Often?</i>	Pensions, Retirement, Social Security <i>How Often?</i>	All Other Income <i>How Often?</i>	
1.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
2.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
3.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
4.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
5.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
6.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
7.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
8.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
9.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>

**Part 5. Signature and Social Security Number ( Adult must Sign)**

*An adult household member must sign the application. If Part 4 is completed, the adult signing the form must also list the last four digits of his or her Social Security Number or mark the "I do not have a Social Security Number" box. (See Privacy Act Statement)*  
*I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that the school will get Federal funds based on the information I give. I understand that school officials may verify (check) the information. I understand that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted.*

Sign here: X \_\_\_\_\_ Print Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_  
 Last 4 Digits of Social Security Number: \*\*\*-\*\*-\_\_\_\_  I do not have a Social Security Number

Sincerely,

**Sandy Cammarata  
School Business Administrator**

# WHARTON BOROUGH PUBLIC SCHOOLS

[www.wbps.org](http://www.wbps.org)

If you have questions regarding residency, please email Yelitza Ledesma at [yledesma@wbps.org](mailto:yledesma@wbps.org)

**To request the Certificate of Habitation from the Town Hall:**

Complete the Verification School form and go to the Town Hall of Wharton with a copy of your current lease or utility bills, a copy of your ID (passport, Driver's license) that matches the address on the lease or utility bills a **Kevin Lewthwaite**. ([klewthwaite@whartonnj.com](mailto:klewthwaite@whartonnj.com))

The Town Hall is located at 10 Robert Street, Next to the Fire Department.

The **Original** Certificate of Habitation have to bring to the Board office with the rest of the bills, or **Completed** registration packets can be mailed to the school at the following address:

Wharton Board of Education  
137 E. Central Avenue.  
Wharton, NJ 07885

---

Si tiene preguntas sobre la residencia, envíe un correo electrónico a Yelitza Ledesma a [yledesma@wbps.org](mailto:yledesma@wbps.org)

**Para solicitar el Certificado de Habitación de la Municipalidad de Wharton:**

Llevar una copia de su contrato de arrendamiento actual o factura de servicios públicos, una copia de su identificación (pasaporte, licencia de conducir) que coincida con la dirección en el contrato de arrendamiento o facturas de servicios públicos, y un número de teléfono o correo electrónico donde se le pueda localizar.

Entregar la documentación a **Kevin Lewthwaite** ([klewthwaite@whartonnj.com](mailto:klewthwaite@whartonnj.com))

La Municipalidad de Wharton está ubicada en 10 Robert Street, al costado del Departamento de Bomberos.

El Certificado de Habitación **original** debe ser entregado a la oficina del Board junto con los demás recibos, o si prefiere los paquetes de inscripción **Completos** pueden enviarse por correo a la escuela a la siguiente dirección:

Wharton Board of Education  
137 E. Central Avenue  
Wharton, NJ 07885



# BOROUGH OF WHARTON

Housing & Zoning  
Property Maintenance  
Enforcement

Pedro "Chick" Moreno  
Kevin Lewthwaite



10 Robert Street  
Wharton, NJ 07885  
Tel: 973-361-8444 Ext. 2721  
Fax : 973-361-5281

[cmoreno@whartonnj.com](mailto:cmoreno@whartonnj.com)  
[klewthwaite@whartonnj.com](mailto:klewthwaite@whartonnj.com)  
[www.whartonnj.com](http://www.whartonnj.com)

## SCHOOL VERIFICATION FORM

Applicants Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone No.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

How long has the applicant resided at this location? \_\_\_\_\_

How many bedrooms in this dwelling unit? \_\_\_\_\_

Please list the names of everyone living with you. (INCLUDE THE AGES OF ALL SCHOOL-AGED CHILDREN)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Property Owner(s) Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone No.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, do hereby attest that the information provided on this application is true and that any change will be reported to the Borough of Wharton immediately to facilitate up-to-date Borough records.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Applicant

**This application must be submitted with a photocopy of ID (i.e.: passport, driver's license), and a copy of a current lease or utility bill. Approved student verification will be mailed to the residence.**

<b>FOR OFFICIAL USE:</b> HOUSING OFFICIAL APPROVAL: _____  APPLICATION RECEIVED ON: _____ COMMENTS/REASON FOR REFUSAL: _____ _____
---

# THE HISTORY OF THE



OF THE

THE HISTORY OF THE

OF THE

FOR CHILD CARE/PRESCHOOL DIRECTORS AND PARENTS: IMMUNIZATION REQUIREMENTS



NJ Department of Health (NJDOH)  
Vaccine Preventable Disease Program

Summary of NJ Child Care/Preschool Immunization Requirements

Listed in the chart below are the minimum required number of doses your child must have to attend a NJ child care/preschool.\* This is strictly a summary document. Exceptions to these requirements (i.e. provisional admission, grace periods, and exemptions) are specified in the Immunization of Pupils in School rules, New Jersey Administrative Code (N.J.A.C. 8:57-4). Please reference the administrative rules for more details [https://www.nj.gov/health/cd/imm\\_requirements/acode/](https://www.nj.gov/health/cd/imm_requirements/acode/). Additional vaccines are recommended by Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) for optimal protection. For the complete ACIP Recommended Immunization Schedule, please visit <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html>.

At this age the child should have received the following vaccines:	2 months	4 months	6 months	12 months	15 months	18 months	19 months	20-59 months
Diphtheria, tetanus & acellular pertussis (DTaP)	Dose #1	Dose #2	Dose #3			Dose #4		
Inactivated Poliovirus (Polio)	Dose #1	Dose #2				Dose#3		
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib)	Dose #1	Dose #2		1-4 doses <sup>†</sup> (see footnote)		At least 1 dose given on or after the first birthday		
Pneumococcal conjugate (PCV 13)	Dose #1	Dose #2		1-4 doses <sup>†</sup> (see footnote)	At least 1 dose given on or after the first birthday			
Measles, mumps, rubella (MMR)					Dose #1 <sup>†</sup>			
Varicella (VAR)							Dose #1 <sup>§</sup>	
Influenza (IIV, LAIV)					One dose due each year <sup>1</sup>			

<sup>1</sup>Interpretation: Children need to receive the minimum number of age-appropriate vaccines prior to entering child care/preschool. For example, a child 2 months of age, must have 1 dose each of DTaP, Polio, Hib, and PCV before being permitted to enter child care/preschool. A child entering at a younger age range than listed above must have proof of receiving vaccines in the previous age bracket. Example: A child entering child care/preschool at 11 months of age, would need at least the following: 3 DTaP, 2 Polio, 2 Hib, and 2 PCV. If a child has not received any vaccines, he/she would need at least one dose of each required vaccine to enter school provisionally and be in the process of receiving the remaining doses as rapidly and as medically feasible. The current seasonal flu vaccine is required every year by December 31 for children 6-59 months of age.

## FOR CHILD CARE/PRESCHOOL DIRECTORS AND PARENTS: IMMUNIZATION REQUIREMENTS

† *Haemophilus influenzae type b (Hib)* and pneumococcal (PCV) vaccines are special cases. If children started late with these vaccines they may need fewer doses. One dose of each is required on or after the first birthday in all cases.

Please Note: The use of combination vaccines may allow students to receive the 1<sup>st</sup> birthday booster dose of Hib between 15-18 months of age.

‡ MMR vaccine may be given as early as 12 months of age, but NJ requires children to receive the vaccine by 15 months of age. Prior to age 15 months, children may enter preschool/child care without a documented dose of MMR.

§ Varicella vaccine may be given as early as 12 months of age, but NJ requires children to receive the vaccine by 19 months of age. Prior to age 19 months, children may enter preschool/child care without a documented dose of varicella. Children who previously had chickenpox do not need to receive the varicella vaccine as long as a parent/guardian can provide the school with one of the following: 1) Documented laboratory evidence showing immunity (protection) from chickenpox, 2) A physician's written statement that the child previously had chickenpox, or 3) A parent's written statement that the child previously had chickenpox.

¶ Seasonal Flu: The current seasonal influenza vaccine is required every year for those children 6 months through 59 months of age. Children who have not received the flu vaccine by December 31 must be excluded (not allowed to attend child care/preschool) for the duration of influenza season (through March 31), until they receive at least one dose of the influenza vaccine or until they turn 60 months of age. Children entering child care/preschool after December 31, must provide documentation of receiving the current seasonal flu vaccine. Children entering child care/preschool after March 31 are not required to receive the flu vaccine; however, flu season may extend until May and therefore getting a flu vaccine even late in the season is still protective.

NOTE: NJ also accepts valid medical and religious exemptions (reasons for not showing proof of immunizations) as per the NJ Immunization of Pupils in School regulations, (N.J.A.C. 8:57-4). Children without proof of immunity as defined by ACIP, including those with medical and religious exemptions, may be excluded from a school, preschool, or child care facility during a vaccine preventable disease outbreak or threatened outbreak as determined by the Commissioner, Department of Health or his or her designee. In addition, anybody having control of a school may, on account of the prevalence of any communicable disease, or to prevent the spread of communicable disease, prohibit the attendance of any teacher or pupil of any school under their control and specify the time during which the teacher or scholar shall remain away from school. The Department of Health shall provide guidance to the school of the appropriateness of any such prohibition.

**This document is meant to be a quick resource. For more information “NJ Immunization Requirements Frequently Asked Questions”, please visit [https://nj.gov/health/cd/imm\\_requirements/](https://nj.gov/health/cd/imm_requirements/).**

Reviewed: 12/2021

\*interpretation: Children need to receive the minimum number of age-appropriate vaccines prior to entering child care/preschool. For example, a child 2 months of age, must have 1 dose each of DTaP, Polio, Hib, and PCV before being permitted to enter child care/preschool. A child entering at a younger age range than listed above must have proof of receiving vaccines in the previous age bracket. Example: A child entering child care/preschool at 11 months of age, would need at least the following: 3 DTaP, 2 Polio, 2 Hib, and 2 PCV. If a child has not received any vaccines, he/she would need at least one dose of each required vaccine to enter school provisionally and be in the process of receiving the remaining doses as rapidly and as medically feasible. The current seasonal flu vaccine is required every year by December 31 for children 6-59 months of age.