PISCATAWAY REGIONAL DAY SCHOOL
EDUCATIONAL SERVICES COMMISSION OF NEW JERSEY
1670 Stelton Road, Piscataway, New Jersey 08854 (732) 985-8752 Fax (732) 985-8783
Elizabeth Fuzy, M.Ed., BCaBA
Principal
Meena Pasupathy, BCBA
Supervisor

STUDENT INFORMATION

(Please print LEGIBLY in ink)

Name: Last: _____ **First:** _____ **Initial:** _____ **Date of Birth (Mo/Day/Year):** _____

Address: Street: _____ City**:** _____ Zip**:** _____

Home Telephone: _____ Home **E-mail address:** _____

To Parent or Guardian: To serve your child in the event of accident or sudden illness, it is necessary that you give the following information for emergency calls:

Name:	**Address:**	**Telephone:**
Mother/: _____	Home: _____	_____
Guardian	Work: _____	_____
		Cell: _____
Father/: _____	Home: _____	_____
Guardian	Work: _____	_____
		Cell: _____

Emergency Contact Information (**Other than parent or guardian, must be a legal adult**):

Name: _____
Home: _____
Work: _____
Telephone: Home _____ Work _____
Relationship: _____

Name: _____
Home: _____
Work: _____
Telephone: Home _____ Work _____
Relationship: _____

Please list other children attending New Jersey Public Schools (Name, School)

_____ _____
_____ _____
_____ _____

( ) Please check here if there has been a name change of parent/guardian, address or telephone number.

Please complete other side of form→

Date of last physical examination: _____

Does this child have any health insurance including NJ FamilyCare/Medicaid, Medicare, private or other?

Yes_____ If Yes, name of insurance company _____

No _____ NJ FamilyCare provides free or low cost health insurance for uninsured children and certain low income parents. For more information call 800-701-0710 or visit www.njfamilycare.org to apply online. You may release my name and address to the NJ FamilyCare Program to contact me about health insurance.

Signature: _____ Printed Name: _____ Date: _____

List any medical/surgical care your child has received during the past year: _____

Dental Exam: Date _____ Braces _____

Eye Exam: Date _____ Glasses / Contacts _____

Allergy (to foods, medications, environmental factors): _____

Allergic reaction(s): _____

Restrictions _____

	Name	Dose	Time
Medications: At school:	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Medications: At home:	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Doctor: _____ Telephone: _____

Dentist: _____ Telephone: _____

Hospital: _____ Address: _____ Telephone: _____

I, the undersigned, do hereby authorize officials of New Jersey Public Schools to contact directly the persons named on this card and do authorize the named physicians to render such treatment as may be deemed necessary in an emergency, for the health of said child.

In the event that physicians, other persons named on this card, or parents cannot be contacted, the school officials are hereby authorized to take whatever action is deemed necessary in their judgment, for the health of the aforesaid child.

I will not hold the school district financially responsible for the emergency care and/or transportation for said child.

_____	_____	_____
Signature of Parent(s) / Guardian(s)	Name of Parent(s) / Guardian(s)	Date

PISCATAWAY REGIONAL DAY SCHOOL
EDUCATIONAL SERVICES COMMISSION OF NEW JERSEY
1670 Stelton Road, Piscataway, New Jersey 08854 (732) 985-8752 Fax (732) 985-8783
Elizabeth Fuzy, M.Ed., BCaBA
Principal
Meena Pasupathy, BCBA
Supervisor

INFORMACION DE ESTUDIANTE

(POR FAVOR IMPRIMA ELEGIBLE)

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Inicial:** _____**Fecha de nacimiento (M/D/Año):** _____

Dirección: _____ Ciudad**:** _____ Estado postal: _____

Número de Teléfono de casa: _____ Correo **Electrónico:** _____

Padre o Guardián: Para poder servir a su hijo(a) en caso de accidente o enfermedad repentina, es necesario que llene la siguiente información para llamadas de emergencia:

Nombre:	**Dirección:**	**Número de Teléfono**
Madre/: _____	Casa: _____	_____
Guardián	Trabajo: _____	_____
		Celular: _____
Padre/: _____	Casa: _____	_____
Guardián	Trabajo: _____	_____
		Celular: _____

Información de Contacto de Emergencia **(Aparte de los padres o guardianes, debe ser una persona adulta mayor de edad**):

Nombre: _____	Nombre: _____
Casa: _____	Casa: _____
Trabajo: _____	Trabajo: _____
Número de Teléfono: _____ Trabajo: _____	Numero Teléfono: _____ Trabajo: _____
Relación: _____	Relación _____

Por favor liste los nombres de sus otros hijos(as) que asisten alguna escuela pública de Nueva Jersey. (Liste el nombre de la escuela)

_____ _____

_____ _____

( ) Por favor cheque si ha habido algún cambio de nombre de padre o guardián, dirección o número de teléfono.

Por favor complete el otro lado del formulario →

Fecha del ultimo examen físico: _____

Su hijo(a) tiene seguro medico incluyendo NJ FamilyCare/Medicaid, Medicare, seguro privado u otro seguro?

Si_____ Si es si, por favor denos el nombre del seguro médico. _____

No _____ NJ FamilyCare provee seguro médico a bajo costo o gratis para niños(as) sin seguro médico y para padres de bajos ingresos. Para más información llame 1- 800-701-0710 o visite www.njfamilycare.org para aplicar en línea. Usted puede dar mi nombre y dirección al programa de NJ FamilyCare para que me contacte acerca de seguro médicos.

Firma: _____ Imprima su nombre: _____ Fecha: _____

Liste cualquier cirugía media que su hijo(a) haya recibido durante el año pasado: _____

Fecha de examen dental: _____ Frenos: _____

Fecha de examen de la vista: _____ Anteojos/Lentes de contactos: _____

Alergias (de comidas, medicamentos, de factores ambientales): _____

Reacciones alérgicas(s): _____

Restricciones: _____

	Nombre	Dosis	Hora
Medicamentos en la Escuela:	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Medicamentos en casa :	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Nombre de medico: _____ Número de Teléfono: _____

Dentista: _____ _____ Número de Teléfono: _____

Hospital: _____ Dirección: _____Número de Teléfono: _____

Yo, el abajo firmante, autorizo a los funcionarios de las Escuelas Públicas de Nueva Jersey a contactar directamente a las personas nombradas en esta tarjeta y autorizo a los médicos nombrados a prestar el tratamiento que se considere necesario en caso de emergencia por la salud de dicho niño.

En el caso de que los médicos, otras personas nombradas en esta tarjeta o los padres no puedan ser contactados, se autoriza a los funcionarios de la escuela a tomar cualquier acción que se considere necesaria a su juicio, para la salud de dicho niño.

No responsabilizaré económicamente al distrito escolar por la atención de emergencia y / o el transporte de dicho niño.

_____ _____ _____

Firma del Padre/Guardián Nombre del padre/Guardián Fecha