

BOUND BROOK SCHOOL DISTRICT

**STUDENT REGISTRATION
INFORMATION**

COLEGIOS PÚBLICOS DE BOUND BROOK



Bound Brook, New Jersey

Registrar's Office
(732) 652-7963

111 West Union Avenue
Bound Brook, New Jersey 08805





LETTER OF DISCLOSURE

Dear New Registrant,

You have taken the first steps to enroll your child(ren) in the Bound Brook Public Schools.

The purpose of this Disclosure is to alert you to the requirement that you must be a Bound Brook resident in order for your child(ren) to attend the public schools without paying tuition.

The annual tuition cost is determined by grade level and program. If at any time during the school year the District determines that you are no longer the child(ren)'s legal guardian or a Bound Brook Resident, the District will bill you at a tuition rate of one tenth of the determined annual tuition cost per month payable to the Bound Brook Board of Education.

Failure to pay the tuition will result in the District reporting the amount you owe to a Collection Agency. It is your responsibility to determine that your child(ren) qualify for a free public education in Bound Brook.

We will assist you in making this determination through the District's registration process; however, any mistake or misrepresentation will have serious financial consequences.

NOTE: After reading this booklet, complete the enclosed forms and make an appointment with the district registrar: 732-652-7963
--

CARTA DE REVELACIÓN

Estimado Registrante Nuevo:

Han tomado los primeros pasos para matricular a su hijo(s) en los Colegios Públicos de Bound Brook.

El propósito de esta Revelación es para alertarlos del requisito de que usted debe de ser un residente de Bound Brook para que su hijo(s) pueda asistir a los colegios públicos sin pagar por la enseñanza.

El costo anual por enseñanza está determinado por nivel de grado y programa. Si en cualquier momento durante el año escolar el Distrito determina que usted ya no es el tutor legal del niño(s) o ya no es residente de Bound Brook, el Distrito la cobrará por la enseñanza una tasa de una décima parte del costo anual determinado de la matrícula por mes pagadero a la Junta de Educación de Bound Brook.

En caso que no paguen por la enseñanza, el Distrito reportará la cantidad que usted debe a una Agencia de Cobro. **Es su responsabilidad de determinar si su hijo(s) califica para recibir educación pública gratis en Bound Brook.**

Lo ayudaremos a hacer esta determinación a través del proceso de matrícula del Distrito; sin embargo, cualquier error o mala representación tendrá serias consecuencias económicas.

NOTA: Después de leer este folleto, llene las páginas en blanco, sepárenlas y <u>hagan una cita</u> con la Persona Encargada de Matriculas para el Distrito. 732-652-7963
--

TABLE OF CONTENTS

	Page/Página
Letter of Disclosure (Carta de Revelación)1
Documentation Needed for the Registration Process3
<i>Documentación Necesaria para el Proceso De Matricula</i>4
Registration Form (Formulario de Matricula)5
Consent for Transfer of Records (Consentimiento para la transferencia de archivos)7
	Appendix
Health Information for School Entry (Información de Salud para Entrar al Colegio)	.A
Student Health History (Historia de Salud del Alumno)B
Student Physical Exam Form (Formulario de Examen Físico del Alumno)C
Registration Notice (Aviso de Matricula)D
Additional Registration Form for Pre-Kindergarten (Formulario de Matricula adicional para Pre-Kindergarten)	E



Note: Pages are purposely left blank throughout the packet for printing purposes.
Nota: Las páginas se dejan a propósito en blanco en todo el paquete con fines de impresión.



DOCUMENTATION NEEDED FOR THE REGISTRATION PROCESS

Birth Certificate (Original or Official)

School Records (when entering from another school)

Transcripts

Report Card

Copy of Transfer Card

Health Requirements for School Entry

New Jersey Department of Education; School Health Services Guidelines

Health Records (Immunizations)

- Immunizations are to be documented and complete as per Chapter 14 of the NJ State Sanitary Code.
- **PLEASE NOTE:** If immunizations are started BUT not completed, a provisional admittance form must be signed by the doctor stating the immunizations will be completed by a determined date, set by the doctor **BEFORE** entering school. Medical and religious exemptions are allowed as the law allows.

Physical Examination

- “Each student must be examined upon entry into the school district. This examination must be **done no more than 365 days prior** to entry and must state what, if any, modifications are required for full participation in the program”.
- The examination **must be done at the student’s medical home**. This examination must be documented on a school district medical form as provided by the school nurse.
- All Pre-K and Kindergarten students must have a physical examination done **BEFORE** starting school.

* The school nurse must review all physical exams and immunization records **BEFORE** the student enters school.

Proof of Residency

The following forms of documentation, or any other documents which may be in your possession evidencing domicile in Bound Brook, must be provided to the District in order for it to make a good faith determination as to whether or not the child may be registered (or may remain registered) in the District. You should provide as many of these forms of documentation as you have available as each case is reviewed on an individual basis. Upon receipt of your documentation, a decision will be made whether or not to permit the student to register (or remain registered) in the District.

1. Property tax bills, deeds, contracts of sale, leases, mortgages, signed letters from landlords, and other evidence of property ownership, tenancy or residency;
2. Voter registrations, licenses, permits, financial account information, utility bills, delivery receipts, and other evidence of personal attachment to a particular location;
3. Court orders; State agency agreements and other evidence of court or agency placements or directives;
4. Receipts, bills, cancelled checks, insurance claims or payments, and other evidence of expenditures demonstrating personal attachment to a particular location, or where applicable, to support of the student;
5. Medical reports, counselor or social worker assessments, employment documents, unemployment claims, benefit statements, and other evidence of circumstances demonstrating, where applicable, family or economic hardship, or temporary residency;
6. Affidavits, certifications and sworn attestations pertaining to statutory criteria for school attendance, from the parent, legal guardian, person keeping an “affidavit student”, adult student, person(s) with whom a family is living, or others as appropriate;
7. Documents pertaining to military status and assignment, and
8. Any other business record or document issued by a governmental entity.



DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL PROCESO DE MATRICULA

Certificado de Nacimiento (Original u Oficial)

Archivos del Colegio (cuando son transferidos de otro colegio)

Transcripciones

Reporte de Calificaciones

Copia de la Tarjeta de Transferencia

Requisitos de Salud para Entrar al Colegio

Departamento de Educación de Nueva Jersey; Guia de los Servicios de Salud del Colegio

Archivo de Salud (Vacunas)

- Las vacunas deben de ser documentadas y estar completas de acuerdo al Capítulo 14 del Código Sanitario del Estado de NJ.
- **POR FAVOR TOMAR NOTA:** Si han comenzado con las vacunas PERO no están completas, un formulario provisional de admisión debe de ser firmado por el doctor especificando que han comenzado con las vacunas y que terminarán para una fecha determinada, la cual el doctor indicará ANTES de entrar al colegio. Excepciones médicas y religiosas serán aceptadas de acuerdo a lo que la ley permite.

Examen Físico

- “Cada alumno debe de ser examinado antes de entrar a los colegios del distrito. Este examen **se debe de hacer no más de 365 antes de la entrada** y debe de indicar cuales, si existen algunas, modificaciones son requeridas para la participación completa en el programa escolar.
- El examen **debe de hacerlo su doctor**. Este examen debe de ser documentado en un formulario médico del distrito escolar el cual le será entregado por la enfermera del colegio.
- Todos los alumnos de Pre K y Kindergarten deben de hacerse un examen físico **ANTES** de empezar el colegio.

Prueba de Residencia

Las siguientes documentos, o cualquier otro documento que tengan en su poder que sirvan como evidencia de que residen en Bound Brook, deben de ser mostradas al Distrito para que puedan hacer una determinación en buena fe si es que el niño puede ser matriculado (o puede continuar en nuestros registros) en el Distrito. Deben de proveer la mayor cantidad de documentos que tengan a su disposición ya que cada caso se revisa de forma individual. Al recibir sus documentos se tomará una decisión si es que se permite o no que el alumno sea matriculado (o continua en nuestros registros) en el Distrito.

1. Recibos de Pagos de Impuesto a la Propiedad, escritura, contratos de venta, alquiler, hipotecas, cartas firmadas por el propietario y otras evidencias que muestren que son dueños, inquilinos o residentes;
2. Registro de Voto, licencia, permisos, información de cuenta financiera, recibos de servicios públicos, y otras evidencias que los relacionen con una dirección en particular, o cuando aplica, la manutención del alumno;
3. Ordenes de la Corte, acuerdos de agencias del Estado u otra evidencia de colocación o directiva de la corte o una agencia del Estado;
4. Recibos, cuentas, cheques cancelados, reclamos de seguros o pagos, y otras evidencias de gastos demostrando, cuando aplica, infortunio familiar o económico, o residencia temporal;
5. Reportes médicos, evaluaciones de consejeros o trabajadores sociales, documentos de empleo, reclamos de desempleo, estados de beneficencia, y otra evidencia de circunstancia demostrando, cuando aplica, infortunio familiar o económico, o residencia temporal;
6. Declaraciones juradas, certificaciones pertinentes a la criterio reglamentaria para la asistencia al colegio, del padre, tutor legal, persona que tiene a su cargo a un “alumno bajo Declaración Jurada”, alumno adulto, persona(s) con quien una familia está viviendo, u otros come sea apropiado;
7. Documentos relacionados con su condición militar y su misión, y
8. Cualquier otro documento emitido por una entidad gubernamental.



REGISTRATION FORM

Student Information (Información del Alumno)							Date (Fecha)		____/____/____			
Last Name (Apellido)			First Name (Primer Nombre)			Middle Name (Segundo Nombre)						
Age (Edad)	Date of Birth (Fecha de Nacimiento)		Gender (Género)		<input type="checkbox"/> Female (Hembra)	<input type="checkbox"/> Male (Masculino)	Country of Birth (País de nacimiento)					
Physical Address (Dirección)			City & State of Birth (Ciudad y Estado de nacimiento)									
Race/Ethnicity (Raza / Etnicidad)		<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Black	<input type="checkbox"/> Hispanic	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander		<input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native				
Languages spoken by the child (Idiomas hablados por el niño)			Primary (Primario)		Secondary (Secundario)		3		4			
Language spoke in the home by any member of the family (Idiomas hablados en la casa por cualquier miembro de la familia)			Primary (Primario)		Secondary (Secundario)		3		4			
Mother's Information (Información de la madre)		Last Name (Apellido)		First Name (Primer Nombre)		Country of Birth (País de nacimiento)						
Father's Information (Información del padre)		Last Name (Apellido)		First Name (Primer Nombre)		Country of Birth (País de nacimiento)						
Previous School Information (Información del Colegio Anterior)		Name (Nombre)		Address (Dirección)				Phone Number (Número Telefónico)		Grade Level (Nivel de grado)		
Does the student have... (please check all that applies) [¿Tiene el alumno... (por favor marque todo lo que aplique)]				<input type="checkbox"/> Classification (IEP)		<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> ESL	Documentation Provided (Documentación provista)		<input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No		
Parent/Guardian Information (Información para Padres / Tutores)												
Number 1	Last Name (Apellido)			First Name (Primer Nombre)			Relationship (Parentesco)					
	Physical Address (Dirección)											
	Mailing Address (if different) (Dirección de Correo, si es diferente)											
	Contact information (Información del contacto)		Home (Casa)	Work (Trabajo)			Cell (Celular)					
			Email (Correo Electrónico)									
	Primary Language (Lenguaje primario)			Secondary Language (Lenguaje secundario)								
Number 2	Last Name (Apellido)			First Name (Primer Nombre)			Relationship (Relación)					
	Physical Address (Dirección)											
	Mailing Address (if different) (Dirección de Correo, si es diferente)											
	Contact information (Información del contacto)		Home (Casa)	Work (Trabajo)			Cell (Celular)					
			Email (Correo Electrónico)									
	Primary Language (Lenguaje primario)			Secondary Language (Lenguaje secundario)								
Name of Person Enrolling Student (Nombre de la Persona Matriculando al Alumno)												
<i>Complete this section only if the person enrolling the student(s) is other than a parent/guardian. (Complete esta sección solo si la persona que matricula al alumno (s) no es un padre / tutor.)</i>												
Last Name (Apellido)			First Name (Primer Nombre)			Relationship (Parentesco)						
Physical Address (Dirección)												
Mailing Address (if different) (Dirección de Correo, si es diferente)												
Contact information (Información del contacto)		Home (Casa)	Work (Trabajo)			Cell (Celular)						
		Email (Correo Electrónico)										
Primary Language (Lenguaje primario)			Secondary Language (Lenguaje secundario)									

Note: Complete one form for each student.
(**Nota:** Complete un formulario por cada alumno.)



BOUND BROOK SCHOOL DISTRICT
Registration Information



CONSENT FOR TRANSFER OF RECORDS

The child or children whose name(s) appear below have entered the Bound Brook School District.

Will you please send cumulative records, health records, test records, psychological reports, and any additional information you may have concerning their progress in school.

Thank you for this service

Name: _____	Grade _____
Name: _____	Grade _____
Name: _____	Grade _____
Name: _____	Grade _____

PARENT'S CONSENT FOR TRANSFER OF RECORDS

<p>The _____ School District has my permission to transfer the full student(s) records, including achievement, behavioral and psychological, for all students listed above to:</p> <p style="text-align: center;">Registrar Bound Brook Public Schools 111 West Union Avenue Bound Brook, NJ 08805</p> <p>I understand that I may review these records in accordance with the provisions of the Family Educational Rights and Privacy Act of 1974.</p> <p>_____/_____/_____ Parent/Guardian Signature Date</p>	<p>El Distrito Escolar de _____ tiene mi autorización para transferir el archivo completo del alumno(s), incluyendo logros, comportamiento y psicológicos para todos los alumnos mencionados en la lista mandar a:</p> <p style="text-align: center;">Registrar Bound Brook Public Schools 111 West Union Avenue Bound Brook, NJ 08805</p> <p>Entiendo que puedo revisar estos archivos de acuerdo a las provisiones de los Derechos Familiares de Educación y al Acta de Privacidad de 1974.</p> <p>_____/_____/_____ Firma Padre/Tutor Fecha</p>																
Previous School Information	Colegio Anterior																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20%;">Name</td><td></td></tr> <tr><td>Address</td><td></td></tr> <tr><td>Phone</td><td></td></tr> <tr><td>Fax Number</td><td></td></tr> </table>	Name		Address		Phone		Fax Number		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20%;">Nombre</td><td></td></tr> <tr><td>Dirección</td><td></td></tr> <tr><td>Teléfono</td><td></td></tr> <tr><td>Número de Fax</td><td></td></tr> </table>	Nombre		Dirección		Teléfono		Número de Fax	
Name																	
Address																	
Phone																	
Fax Number																	
Nombre																	
Dirección																	
Teléfono																	
Número de Fax																	

Comments from Bound Brook School District



BOUND BROOK SCHOOL DISTRICT
Registration Information



HEALTH INFORMATION FOR SCHOOL ENTRY (INFORMACIÓN DE SALUD PARA ENTRAR AL COLEGIO)

*STRICTLY CONFIDENTIAL
(MUY CONFIDENCIAL)*

Last Name (Apellido)		First Name (Primer Nombre)	
Age (Edad)	Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	___/___/___	

List any health conditions that your child has. _____
¿Qué problemas de salud tiene su hijo/hija? _____

List any medications that your child takes. _____
¿Cuáles son las medicinas que su hijo/a toma? _____

List any allergies that your child has and what treatment is need for reactions.
¿Tiene su hijo(a) alergias y cuales son los tratamientos para las alergias?

Type <i>Tipo</i>	No	Yes (Sí)	List <i>Lista</i>	Reaction <i>Reacción</i>
Environmental Allergies <i>Alergias al medio ambiente</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Food Allergies <i>Alergias a las Comidas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Insect/Bee Allergies <i>Alergias al los Insectos o Abejas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Does your child have asthma? *¿Tiene su hijo/a asma?* Yes (Sí) No

If yes please complete the following. *En caso afirmativo, llene lo siguiente.*

Does your child use an inhaler/nebulizer/other asthma medication? No Yes (Sí) When?
¿Cuándo?

Does your child wear glasses? *¿Tiene su hijo(a) lentes?* Yes (Sí) No

If yes please complete the following. *En caso afirmativo, complete lo siguiente.*

When?
¿Cuándo? Reading/Para Leer TV Blackboard/Pizarra All the time/Todo el tiempo

Family Physician <i>Doctor de la Familia</i>	Phone <i>Número de Teléfono</i>
Office Address <i>Dirección de su Oficina</i>	
Does your child have medical health care insurance? <i>¿Tiene seguro de salud para su niño?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No Please send me information about health care insurance for children <i>Por favor yo quiero información del seguro de salud para los niños</i> <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No

IF SCHOOL REPRESENTATIVES ARE UNABLE TO CONTACT PARENTS IN THE EVENT OF AN EMERGENCY, THE SCHOOL WILL HAVE YOUR STUDENT TRANSPORTED BY RESCUE SQUAD. I give permission for my child's health information to be shared with school staff and emergency care personnel on a "need to know" basis. _____ YES _____ NO

SI LOS REPRESENTANTES DEL COLEGIO NO PUEDEN COMUNICARSE CON LOS PADRES EN CASO DE EMERGENCIA, EL COLEGIO LLAMARÁ AL EQUIPO DE RESCATE PARA QUE TRANSPORTE AL ALUMNO. Yo doy permiso para que la información de salud de mi hijo(a) sea compartida con el personal escolar y el personal de atención de emergencia en caso que necesiten saberlo. _____ SI _____ NO

Parent Signature/*Firma de Padre* _____ Date/*Fecha* _____



BOUND BROOK SCHOOL DISTRICT
Registration Information



STUDENT HEALTH HISTORY

Student Information					
Last Name (Apellido)		Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	First Name (Primer Nombre)		
Age (Edad)		____/____/____		Gender (Género)	<input type="checkbox"/> Female (Mujer) <input type="checkbox"/> Male (Hombre)

Disease History	Type/Year	Disease History	Type/Year
Allergies		Diabetes	
Drug Sensitivities		Heart Disease	
Lyme Disease		Otitis Media	
Hepatitis		Rheumatic Fever	
Neuromuscular Disease		Strep Infections	
Asthma		Mononucleosis	
Chicken Pox		Vision Disorder	
Convulsive Disorder		Hearing Disorder	
ADHD		Congenital Defects	

OPERATION/INJURIES (PLEASE SPECIFY)

1.
2.
3.

ADDITIONAL COMMENTS

IMMUNIZATIONS

VACCINE TYPE	DISEASE DATE	1 ST DOSE Mo/Day/Yr	2 ND DOSE Mo/Day/Yr	3 RD DOSE Mo/Day/Yr	4 TH DOSE Mo/Day/Yr	5 TH DOSE Mo/Day/Yr
DT(a)P/DT/Td						
OPV/IPV						
MMR						
Hepatitis A						
Hepatitis B						
Varicella						
Menactra						
Prennar						
HIB						
Rotavirus						
Gardasil						
Tdap						

MANTOUX (PPD)	DATE ADMINISTERED	DATE READ AND RESULTS

MEDICATIONS: _____

ALLERGIES (Drug/Environmental/Food): _____



STUDENT PHYSICAL EXAM FORM

STUDENT'S NAME: _____

EXAM DATE: ___/___/___

Height:	Weight:	Pulse:	B/P
---------	---------	--------	-----

VISION UNCORRECTED:	Right:	Left:
VISION CORRECTED:	Right:	Left:
HEARING SCREEN	Right:	Left:

	NORMAL EXAM	ABNORMAL FINDINGS
HEAD		
EYES		
EARS		
NOSE		
THROAT		
LYMPH GLANDS		
HEART		
LUNGS		
ABDOMEN		
HERNIA		
GENITALIA		
SKIN		
ORTHOPEDIC		
SCOLIOSIS		
NEUROLOGICAL		
SPEECH		
NUTRITION		

Any Limitation of Activity: ___ No ___ Yes

If yes, please define:

Physician's Comments and Recommendations:

Physician's Signature: _____

Date: ___/___/___

Physician's Name _____

Address _____

Office Phone _____

Fax Number _____

NOTE:

**Must be completed
within 365 days of the first
day of school to be acceptable.**



REGISTRATION NOTICE PRE-KINDERGARTEN through GRADE 12

Date (Fecha) ____/____/____

DEAR PARENTS OF _____:

To complete the Health Office portion of Pre-Kindergarten registration certain requirements must be met BEFORE entrance into school. Please take this letter to your physician to make sure your child is in compliance. Entry to school is based on the following:

Para completar la parte de la Oficina de Salud de la matricula de Pre-Kindergarten, se deben cumplir ciertos requisitos ANTES de ingresar al colegio. Lleve esta carta a su médico para asegurarse de que su hijo cumpla con los requisitos. La entrada al colegio se basa en lo siguiente:

A physician's documentation of:

- _____ A recent physical examination by a physician (done within 1 year of school entry) on Bound Brook STUDENT HEALTH AND PHYSICAL EXAM FORM
Your child's physical exam must be dated on/after ____/____/____
- _____ Health History (completed by Parent)

Per N.J.A.C. 8:57-4 Immunization of Pupils in School: Must have complete dates and a physician's documentat of:
(Nurse to check off vaccines needed)

PRE-K

- _____ Four (4) DTaP vaccines
- _____ Three (3) Polio vaccines (OPV) or enhanced IPV
- _____ One (1) dose of Measles, Mumps, and Rubella vaccine given on/after 1st birthday
- _____ One (1) dose of Varicella vaccine given on or after 1st birthday or date of disease
- _____ One (1) dose of Pneumococcal vaccine given on/after 1st birthday
- _____ One (1) dose of Haemophilus Influenza B (Hib) vaccine given on/after 1st birthday
- _____ **Flu Vaccine** As per N.J.A.C. 8:57-4.19, children six months through 59 months of age attending any licensed child care center, or preschool facility shall annually receive at least one dose of influenza vaccine between September 1 through December 31 of each year

KINDERGARTEN

- _____ Four (4) DTaP vaccines with one dose given on/after 4th birthday or any 5 doses
- _____ Three (3) polio vaccines (OPV) or enhanced IPV with one (1) dose given on/after 4th birthday or any 4 doses
- _____ Two (2) doses of Measles vaccine, with the 1st dose given on/after the 1st birthday
- _____ One (1) dose of Mumps vaccine, given on/after the 1st birthday
- _____ One (1) dose of Rubella vaccine, given on/after the 1st birthday
- _____ One (1) dose of Varicella vaccine, given on/after the 1st birthday, or date of disease
- _____ Complete series of Hepatitis B vaccination – Three (3) doses
- _____ **FLU VACCINE:** As per N.J.A.C. 8:57-4.19, children six months through 59 months of age attending any licensed child care center or preschool facility shall annually receive at least one dose of influenza vaccine between September 1 and December 31 of each year. **This will be required after September 1 of each year.**

Other: _____

Remember, there will be no school entry without completed immunization records.

Recuerde, su niño no puede entrar en y empezar la escuela sin los requisitos antedichos.

If you do not have insurance or a doctor, contact: *Si no tiene seguro o un doctor, llame:*

- | | | | | | |
|----------------------------|---|-------------------------------|---|---------------------|------------------|
| Community Visiting Nurses | . | . | . | .908-725-9355 ext.5 | Se habla español |
| Zufall Health Center | . | .71 Fourth St., Somerville | . | .908-526-2335 | Se habla español |
| Neighborhood Health Center | . | .1700 Myrtle Ave., Plainfield | . | .908-753-6401 | Se habla español |



BOUND BROOK SCHOOL DISTRICT
Registration Information



ADDITIONAL REGISTRATION FORM FOR PRE-KINDERGARTEN/KINDERGARTEN

Student's Name _____

Dear Parents of Young Children:

Parents of preschool and kindergarten students often worry about whether their children will develop good reading skills. While most children learn to read, some children have a greater risk of having reading problems, and some risk factors associated with poor reading can be identified when children are very young. Having one or more risk factors does not automatically mean that a child will become a poor reader; however, children with risk factors for poor reading are more likely than others their age to struggle learning to read. With support, encouragement, and interventions at home and school which are easy and actually fun, many children can become successful readers despite having one or more risk factors.

Please take some time to think about these five questions:

1. Was my child's birth weight less than 5 pounds? Did he or she have problems at birth such as difficulty breathing? Was my child's pregnancy complicated, or labor long and difficult, requiring special medications or treatment? _____ YES _____ NO
2. Did my child begin combining words into short phrases at or before two years of age? Did my child seem to speak on time? Does my child speak as much or as clearly as his or her playmates, cousins, or brothers and sisters? _____ YES _____ NO
3. Does my child have one or more close relatives who have reading, writing, or other learning problems? Has any family member, especially a mother, father, sister, or brother needed special education for learning? _____ YES _____ NO
4. Does my child "read" the everyday words found on advertising signs, such as "McDonald's" or "Coke"? Does my child recognize the written names of his or her favorite foods, places, or people? _____ YES _____ NO
5. Have I had realistic worries about my child's development of language and independence that I have had difficulty explaining to my child's doctor? Have I ever asked for help with my child's language but was told to wait longer? _____ YES _____ NO

Nombre del Alumno: _____

Estimados Padres de Niños Pequeños:

Los padres de los alumnos pre-escolares y de Kindergarten suelen preocuparse sobre la habilidad de sus hijos(as) para poder desarrollar buenas habilidades de lectura. A pesar de que la mayoría de los alumnos aprenden a leer, algunos niños corren un riesgo más grande de tener problemas de lectura, y algunos factores de riesgo asociados con dificultades de lectura pueden ser identificados cuando los niños están pequeños. El que un niño tenga uno o más factores de riesgo no significa automáticamente que ese niño vaya a tener debilidades de lectura; pero, niños con riesgo de ser pobres lectores, tienen más tendencia que otros niños de sus edades a tener dificultades, para aprender a leer. Con apoyo, motivación, e intervenciones en el hogar y en el colegio que sean divertidas y fáciles para el alumno, muchos niños pueden tener éxito aprendiendo a leer, aunque tengan uno o más factores de riesgo.

Por favor tomen tiempo para meditar sobre estas cinco preguntas:

1. Mi niño peso menos de 5 libras al nacer? Tuvo él/ella dificultades al nacer, como problemas de respiración? El embarazo de mi hijo/a fue complicado, requería medicamentos especiales o tratamiento médico, experimente dolores de parto que duraron mucho tiempo o que fueron dificultosos? _____ SI _____ NO
2. Comenzó mi hijo(a) a combinar palabras en frases cortas a los 2 años de edad o antes? Comenzó mi hijo(a) a hablar a un tiempo apropiado para su edad? Mi hijo(a) habla tanto como otros amiguitos, primos, o hermanas o hermanos? _____ SI _____ NO
3. Tiene mi hijo(a) uno o más parientes cercanos que tienen problemas de lectura, escritura, u otros problemas de aprendizaje? Han necesitado otros parientes, especialmente la madre, el padre, hermanas o hermanos, educación especial para aprender? _____ SI _____ NO
4. Puede mi hijo(a) "leer" palabras corrientes que ve a menudo en avisos, como por ejemplo, "McDonald's" o "Coke"? (coca cola). Puede mi hijo(a) reconocer los nombres (en escrito) de sus comidas, lugares, o gente favorita? _____ SI _____ NO
5. He tenido preocupaciones realísticas sobre el desarrollo de lenguaje e independencia de mi hijo(a) que se me haya sido difícil explicarle al pediatra de él/ella? He pedido ayuda alguna vez con respecto al lenguaje de mi hijo(a), pero se me dicho que debo esperar un poco de mas tiempo? _____ SI _____ NO