

# Formulário de Emergência das Escolas Públicas de Stoughton

## Gabinete Do Distrito Escolar

É favor escrever todas as informações com letra de imprensa.

Nome do(a) Aluno(a): \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Série: \_\_\_\_ N° da Sala: \_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ N° de Telef. de Casa: \_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Não-Listado: \_\_\_\_

A Criança mora com: \_\_\_\_ Ambos os pais \_\_\_\_ Mãe \_\_\_\_ Pai \_\_\_\_ Encarregado de Educação \_\_\_\_ Outra Pessoa

Existe Alguma Restrição Parental? \_\_\_\_\_ Documentos Custodiais: \_\_\_\_\_

Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_ Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Endereço e-mail: \_\_\_\_\_ Endereço e-mail: \_\_\_\_\_

N° de Telef. de Casa: \_\_\_\_\_ N° de Telef. de Casa: \_\_\_\_\_

N° de Telef. Celular: \_\_\_\_\_ N° de Telef. Celular: \_\_\_\_\_

Empregador: \_\_\_\_\_ Empregador: \_\_\_\_\_

N° de Telef. do Trabalho: \_\_\_\_\_ N° de Telef. do Trabalho: \_\_\_\_\_

Nome de Irmão N° 1: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_

Nome de Irmão N° 2: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_

Nome de Irmão N° 3: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_

**Em caso de emergência e se não pudermos lhe contactar, indique dois adultos que tenham aceitado tomar responsabilidade pela sua criança, e que tenha concordado com a divulgação de suas informações.**

Contacto N° 1: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relação: \_\_\_\_\_

Contacto N° 2: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relação: \_\_\_\_\_

### Informações de Saúde

A SUA CRIANÇA TEM ALGUM PROBLEMA MÉDICO, CONDIÇÕES CRÓNICAS, ALERGIAS CONHECIDAS, OU TOMA QUAISQUERES MEDICAÇÕES? \_\_\_\_ SIM \_\_\_\_ NÃO

**SE RESPONDEU QUE SIM, É FAVOR CONTACTAR E INFORMAR A ENFERMEIRA ESCOLAR.**

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ N° de Telef. do Médico: \_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nome do Dentista: \_\_\_\_\_ N.º de Telef. do Dentista: \_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Companhia do Seguro de Saúde: \_\_\_\_\_ N.º de Assinante: \_\_\_\_\_

*Se não tiver seguro de saúde, o Estado de Massachusetts oferece planos que fornecerão cuidados de saúde a preços accesíveis para crianças sem seguros. É favor comunicar com a enfermeira escolar para receber mais informações. Quaisquieres informações serão mantidas confidenciais.*

(Virar a folha)

### Inquérito Sobre o Idioma Falado em Casa

Primeiro idioma falado pela sua criança: \_\_\_\_\_ Idiomas que falam em casa: \_\_\_\_\_

Que idiomas fala a sua criança quando comunica com os irmãos e seus amigos? \_\_\_\_\_ Avós? \_\_\_\_\_

### Raça/ Etnia (Opcional)

Escolher Uma: \_\_\_\_\_ Hispânico \_\_\_\_\_ Não-Hispânico

Marque todas que correspondem: \_\_\_\_\_ Índio Americano ou Nativo do Alaska \_\_\_\_\_ Asiático \_\_\_\_\_ Negro  
\_\_\_\_\_ Nativo de Havai ou Outra Ilha do Pacífico \_\_\_\_\_ Branco

### Serviço Militar: Tem algum membro familiar a fazer serviço militar?

Nome: \_\_\_\_\_ Relação: \_\_\_\_\_ Ramo: \_\_\_\_\_

Tem sido recentemente implantado? \_\_\_\_\_ Para onde? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

Esta pessoa antecipa ser implantado em breve? \_\_\_\_\_ Para onde? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

### Permissões do Encarregado de Educação: É favor indicar quaisquer permissões e colocar suas iniciais/rúbrica.

#### Informações Sobre a Saúde:

Permito que a enfermeira escolar possa partilhar informações médicas com o pessoal escolar adequado. Se eu não puder ser contactado(a), permito que a escola faça o contacto por telefone com o médico da minha criança. Também permito tal contacto se eu não puder ser contactado(a), em caso de emergência e quando necessário, para que o pessoal escolar possa transportar a minha criança ao hospital local para receber tratamento.

Sim / Não Rúbrica: \_\_\_\_\_

#### Manual Escolar do Aluno:

Vi e recebi conhecimento do Manual de Alunos e Encarregados de Educação das Escolas Públicas de Stoughton, o qual incluí o Código de Comportamento, Regulamentos de Faltas, Leis contra a Trote/Praxe/Intimidação Estudantil, e Regulamentos Disciplinares.

Sim / Não Rúbrica: \_\_\_\_\_

#### Comunicados de Imprensa:

A fotografia ou nome da minha criança poderá ser utilizada em meios variados eletrónicos, de gravação, ou fotográficos.

Sim / Não Rúbrica: \_\_\_\_\_

#### Permissão de Visita de Estudo:

Permito que a minha criança possa assistir actividades executadas dentro do distrito escolar.

Sim / Não Rúbrica: \_\_\_\_\_

#### APENAS para Alunos do Jardim de Infância (Kindergarten):

Permito que a pessoa abaixo indicada possa esperar na paragem/ponte de ônibus para buscar minha criança. Poderá ser requerida identificação.

Nome: \_\_\_\_\_ Relação \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

#### Informação Sobre o Recrutamento Militar Apenas para Alunos das Séries 9 a 12:

A Lei Federal "Nenhuma Criança Fica Para Trás" de 2001 indica que as escolas terão de cumprir qualquer requisição (feita por um recrutador militar) de nomes de alunos, endereços, e números de telefone de alunos do ensino secundário, mas com a excepção de recusa por escrito, feita pelo(s) pai(s) do aluno. A falta de cumprimento desta lei resultará na perda de fundos federais ao distrito escolar.

Permito a entrega de informações a um recrutador militar ou a um instituto de educação terciário.

Sim / Não Rúbrica: \_\_\_\_\_

#### Voluntários: Apenas para a Escola Jones:

Interessa-se a voluntariar como um parente de turma?

Sim / Não Rúbrica: \_\_\_\_\_

Interessa-se a voluntariar na sala de aula?

Sim / Não Rúbrica: \_\_\_\_\_

No início do ano escolar, a professora escolar designa um parente de turma e ocasionalmente poderá pedir o apoio de voluntários para vir para a sala de aula ler um livro, ajudar com actividades para arrecadação de fundos escolares, ajudantes para outras actividades escolares, etc.

Sim / Não Rúbrica: \_\_\_\_\_

*Qualquer voluntário que trabalhe na escola terá de preencher, todos os anos, um formulário C.O.R.I. (Informações de Documentação de Infrator Registo Criminal). Se Você se interessa servir como voluntário, preenche um formulário C.O.R.I. e entregue o mesmo no gabinete escolar da Escola E.A. Jones.*

#### Assinatura do(s) Pai(s)/Encarregado(s) de Educação:

Nome: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome em Letra de Imprensa: \_\_\_\_\_