

|  |
| --- |
| **Formulário de Inscrição de novos alunos ao Centro de Inscrição Escolar do Central Falls** |
| 949 Dexter Street Central Falls, RI 02863 (Entrada no Hunt St., Nível debaixo) |
| **Telefone**: 727-7700 ext. 2019 **Fax**: 401-727-6184 **Web**: [www.cfschools.net](http://www.cfschools.net)  |
| ***Somente para uso Oficial*** *Registration Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_* CFSD Re-Entry**:***□ No* *□ Yes****District Recommended Grade*** *\_\_\_\_\_\_\_\_*  |
| ***□ Retention in Past Years:*** *□ No □ Yes in Grade/s \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  | ***□ Retention in Current School Year****: □ No □ Yes in Grade \_\_\_\_\_* |
| ***Application was reviewed with Family for accuracy and completion by Staff (Initials)*** *\_\_\_\_\_\_ on \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_* |

|  |
| --- |
| **PASSO INICIAL: PESSOA QUE ESTÁ COMPLETANDO A APPLICAÇÃO: MARQUE UMA** |
| **IMPORTANTE: Primeiro, preenche esta aplicação completamente. Depois, um Membro da Equipe irá assistir você revendo a Aplicação.**  |
| **Aplicação completada por:**  □ Mãe □ Pai □ Estudante maior de idade  |
| □ Encarregado de Educação que está relacionado com a criança como: □ Avó □ Avô □ Tia □ Tio  □ Irmão □ Irmã □ Amigo □ Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **PASSO 1: INFORMAÇÃO DO ESTUDANTE: ESCREVA AS INFORMAÇÕES** |
| **Nome do Aluno:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ (APELIDO) (PRIMEIRO NOME) (SEGUNDO NOME)**Endereço:** \_\_\_ (# RUA) (NOME DA RUA) (# APT, PISO, ANDAR) (CIDADE/VILA) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)**Data de Nascimento:** (Mês) \_\_\_\_\_\_\_\_ / (Dia)\_\_\_\_\_\_\_\_ / (Ano)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Idade**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Gênero:** □ Feminino □ Masculino **País de Nascimento** □ **Estados Unidos: Cidade de E.U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inicial do Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Ou****País de Nascimento □ Fora de E.U** \_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_**\_\_\_\_ **Data de Entrada em E.U pela primeira vez:** (Mês) \_\_\_\_ /(Dia)\_\_\_\_ /(Ano)\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **PASSO 2: RAÇA E ETNECIDADE DO ALUNO: As leis federais e estaduais exigem que os departamentos escolares atualizem os registros étnicos/raciais. dos estudantes.** |
| * Leia as definições abaixo e marque os quadrados que demostram a origem da criança.
* Deves preencher ambas, Parte A e Parte B.
* Se não completes Parte A e/ou Parte B, a etnicidade e a raça da criança será identificada baseados na observação visual do pessoal escolar, de acordo com as diretrizes do Departamento de Educação dos Estados Unidos.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE A**  |  **Etnecidade: O Estudante é Hispânico/Latino? Marque uma opção** |
| □ Sim | **Hispânico ou Latino**: Pessoas que são Cubanos, Dominicanos, Porto Ricanos, Mexicanos, America do Sul, America Central ou outras culturas e origens Espanhol, *idependemente* da raça. |
| □ Não | **Não é Hispânico ou Latino** |
| **PARTE B**  | **Raça: Raça ou raças do Estudante? MARQUE UM OU MAIS** |
|  □ | **Índio Americano ou Nativo do Alasca** | A pessoa que tem origens em qualquer dos povos originários de América do Norte e América do Sul (incluindo a América Central), e que mantém um afiliação indígena ou anexo comunidade. |
|  □ | **Asiático** | A pessoa que tem origens em qualquer dos povos originários do Oriente, Sudeste Asiático, ou subcontinente Indiano incluindo, or exemplo, Camboja, China, índia, Japão, Coreia, Malásia, Paquistão, Filipinas, Tailândia e Vietmane. |
|  □ | **Negro ou Afro-Americano** | A pessoa que tem origens em qualquer um dos grupos raciais negros da África. |
|  □ | **Nativo do Havaiano ou Outras ilhas do Pacífico** | A pessoa que tem origens em qualquer dos povos originais do Havaí, Guam, Samoa, ou outras ilhas do Pacífico. |
|  □ | **Branco** | A pessoa que tem origens em qualquer dos povos originários da Europa, do oriente Médio e do Norte da África. |
| **PARTE C**  | **Recuso a identificar a raça e/ou etenicidade** |
|  □ | Eu estou assinando abaixo indicando que recuso a identificar a raça e/ou etnicidade como Pais/Encarregado de educação do aluno. |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_  |
|  | **Assinatura: Pais / Encarregado de Educação / Estudante maior de idade** |  **Mês Dia Ano**  *Revised: 2/16/19* |

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **PASSO 3A: ENCARREGADO/S: MORADA PRIMARIA ONDE O ESTUDANTE VIVE. NÃO ESCREVA CONTATOS DE EMERGENCIA AQUI.** |

 **A criança vive com:**  □ Ambos, Mãe e Pai (Pais), 1 Residência □ Somente com a Mãe (Pais), guarda exclusiva, 1 Residência  □ Somente com o Pai (Pais), guarda exclusiva, 1 Residência Guarda compartilhada, Mãe e Pai (Pais), 2 Residências □ Outras  |
| **PASSO 3B: ENCARREGADO/S: ENDEREÇO PRINCIPAL ONDE O ESTUDANTE VIVE.**  |
| **Responsável Adulto # 1:** □ Mãe □ Pai □ Outras afinidades \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Adulto Encarregado #:**  \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ (APELIDO/S) (PRIMEIRO NOME) (SEGUNDO NOME) (Mês) (Dia) (Ano)**Endereço da casa** **(Se diferente de o do estudante)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (# RUA) (NOME DA RUA) (# APT, PISO, UNIDADE) (CIDADE/VILA) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)**Telemóvel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone de trabalho:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Outro número de telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Nome do Empregador**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Endereço Eletrónico:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**País de Nascimento:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Idioma de preferência:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Primeiro **País de Educação:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ultimo **grau Completado:** \_\_\_\_\_\_\_\_**Têm: Custodia legal:** □ Sim □ Não **Permissão de obter informação da escola**: □ Sim □ Não **Autorização para tratamento médico:** □ Sim □ Não **Responsável adulto # 2:** □ Mãe □ Pai □ Outras afinidades \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nome do Resposável adulto # 2**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ (APELIDO/S) (PRIMEIRO NOME) (SEGUNDO NOME) (MÊS) (DIA) (Ano)**Endereço da casa** **(Se diferente de o do estudante)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (# DA RUA) (NOME DA RUA) (# APT, PISO, UNIDADE) (CIDADE/VILA) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)**Telemóvel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone de trabalho:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Outro número de telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Nome do Empregador**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Endereço Eletrónico:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**País de Nascimento:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Idioma de preferência:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Primeiro **País de Educação:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ultimo **grau Completado:** \_\_\_\_\_\_\_\_**Têm: Custodia legal:** □ Sim □ Não **Permissão de obter informação da escola**: □ Sim □ Não **Autorização para tratamento médico:** □ Sim □ Não    |

**PASSO 4: CUSTÓDIA LEGAL COMPARTILHADA INFORMAÇÃO DOS PAIS/ENCARREGADOS**

Pais/Encarregados de educação que compartilham custódia legal, ambos têm o direito de consultar os funcionários da escola para saber informações educacional e bem-estar do estudante, inspecionar e receber registros dos alunos. Se você precisar negar o acesso a um pai/responsável, você precisará preencher O FORMULÁRIO DE PAIS COM CUSTÓDIA RESTRITIVA OU O FORMULÁRIO DE RECUSA DE PERÍODOS DE COLOCAÇÃO FÍSICA.

 Não se aplica ao meu filho (Por favor assine e escreve a data na parte inferior da página)

 Eu preenchi O FORMULÁRIO DE PAIS COM CUSTODIA RESTRITIVA OU O FORMULÁRIO DE RECUSA DE PERÍODOS DE COLOCAÇÃO FÍSICA

 (Por favor assine e escreve a data na parte inferior da página)

No melhor do meu conhecimento, as informações fornecidas estão completas e corretas.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_  |
| **Assinatura: Pais/Responsáveis com Custodia**  |  **Mês Dia Ano** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **PASSO 5: CRIANÇAS COM IDADE ESCOLAR VIVENDO NA MESMA CASA COM O ALUNO: IRMÃOS, RELATIVOS, AMIGOS** |
|  | **Apelido/s** | **1o Nome** | **2o Nome** | **Data de Nascimento**(Mês/Dia/Ano) | **Relação** | **Idade** | **Grau** | **Escola** |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |
| **PASSO 6A: INFORMAÇÕES ESCOLARES GERAIS: VERIFICA E ESCREVE TODAS QUE SE APLICA**  |

|  |
| --- |
| 1. Última escola que frequentou (Nome): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nos E.U. Inicial do Estado: \_\_\_\_\_ ou País fora de E.U.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 1. Último grau complete?
 | \_\_\_\_\_ | **Grau Complete:** | □ Total | or □ Em Parte **Por \_\_\_\_ Mês** **Razão:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| 1. Classificação e Pontuação? □ Excelente □ Bom □ Suficiente □ Normalmente tem dificuldades
 |
| 1. Ausências frequentes?
 | □ Não  | □ Sim: Grau/s \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Razão? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |  |  |
| 1. Graus/s repetido/s?
 | □ Não  | □ Sim: Grau/s \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Razão? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| 1. Não foi a escola Mêses/Anos?
 | □ Não  | □ Sim: Grau/s \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Razão? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PASSO 6B: ESTUDANTES COM SERVIÇOS ESPECIAIS VERIFICA E ESCREVE TODAS QUE SE APLICA**  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. A criança: teve uma avaliação com o programa do Child Outreach entre as idades de 3 até 5?
 | □  | Não | □  | Sim |
| 1. Atualmente, tem um Plano Especial de Educação Individualizado (PEI)?
 | □  | Não | □  | Sim |
| 1. Você está proporcionado uma cópia do PEI ao escritório de inscrição?
 | □  | Não | □  | Sim |
| 1. Tem um plano do Seção 504?
 | □  | Não | □  | Sim |
| 1. Recebe outros serviços que não foram ainda mencionadas (Fala, Conseltoria, RTI, etc.)?
 | □  | Não | □  | Sim  |
|  Alista outros Serviços: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. A crianca esta ou estava aprendendo . .Ingles com ajuda de alguem dentro da classe (called “EL”, “ESL”, “ESOL”) □ Não □ Sim
 |
| 1. As duas coisas Ingles & uma outra lingua ao mesmo tempo/class bilingue: □ Não □ Sim
 |
|  Addicione outros Servicios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **PASSO 6C: Avaliação de idioma a todos os alunos: Se você e/ou seu filho sabem apenas o inglês ou sabem inglês e outra/s idioma/s além do inglês, a qualquer momento desde que nasceu, complete abaixo, conforme exigido pelo departamento de educação**  |

A informação solicitada nesta seção é necessária para a colocação mais apropriada para seu filho, é exigida pela Lei do RI (RIGL § 16-54-2) e da Lei da Oportunidade de Igualdade Educacional (20 USC §1703 (f) e não será usada para quaisquer outros fins.

**Que idioma/s: Inglês Espanhol Português Creole Outros**

1. A criança aprendeu a **falar primeiro**? □ □ □ □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Pais usa com mais frequência quando **fala com criança?** □ □ □ □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. A criança usa mais frequentemente quando **fala com os pais?** □ □ □ □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. A criança usa mais frequentemente quando **fala com outros adultos em casa?** □ □ □ □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. A criança usa mais frequente quando **fala com irmãos ou outras crianças em casa?**  □ □ □ □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. A criança usa maioria das vezes quando **fala com amigos ou vizinhos fora de casa?** □ □ □ □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| PASSO 6D: HISTORIAL ESCOLAR: ESCREVA O HISTORIAL ESCOLAR O MÁXIMO QUE VOCÊ E O SEU FILHO SE LEMBRE. |
|  |  |
|  *Localidade da escola mais recente e grau:* | ***Data freguentada*** | ***Estudante promovido*** | ***Programa/Servicio*** | ***Lingua*** |
| *Nome da Escola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  | ***\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_******Ate******\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_*** | * ***Promovido***
* ***Reprovado***
 | * ***ESL***
* ***Bilingue***
* ***Special Ed/IEP***
 | * ***Ingles***
* ***Espahol***
* ***Portugues***
* ***Outro:***
 |
| *Somente para estudantes de Primaria e do Liceu : Por favor aponte as escolas que o estudante terminou Primaria se for applicavel* |
|  *Localidade da escola mais recente e grau:* | ***Data frequentada*** | ***Estudante Promovido*** | ***Programa/Servicio*** | ***Lingua*** |
| *Primaria**Nome da Escola:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**City:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_State:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Country\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ***\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_******Ate******\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_*** | * ***Promovido***
* ***Reprovado***
 | * ***ESL***
* ***Bilingue***
* ***Special Ed/IEP***
 | * ***Ingles***
* ***Espahol***
* ***Portugues***
* ***Outro:***
 |
| *Liceu* *Nome da Escola:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ***\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_******Ate******\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_*** | * ***Promovido***
* ***Reprovado***
 | * ***ESL***
* ***Bilingue***
* ***Special Ed/IEP***
 | * ***Ingles***
* ***Espahol***
* ***Portugues***
* ***Outro:***
 |

|  |
| --- |
| ***PASSO 7: GARANTIAS: ASSINATURA E DATA*** |

|  |
| --- |
| *Certifico que as informações fornecidas neste documento são precisas e que a criança mencionada acima residirá permanentemente no endereço indicado. Tenho a responsabilidade de notificar a escola de qualquer mudança de informação. Será requerida a apresentação de forma de identificação com uma fotografia atual.* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_  |
| **Assinatura: Pais/Encarregados/ Estudantes com 18 anos ou maiores de idade** |  **Mês Dia Ano** |



|  |
| --- |
| **STEP 9: STUDENT RECORDS RELEASE FORM** **PASSO 9: FORMULÁRIO DE LIBERAÇÃO DE REGISTROS DOS ESTUDANTES**  |

**Student Name:**  \_\_ \_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

**Nome do Estudante:** (Apelido/s) (Primeiro Nome) (Segundo Nome) Data de Nascimento (MONTH) (DAY) (YEAR)

**FROM LAST SCHOOL ATTENDED: PLEASE PRINT (ÚLTIMA ESCOLA ATENDIDA: POR FAVOR ESCREVE ABAIXO)**

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

DISTRICT NAME (Nome do Distrito) SCHOOL NAME (Nome da Escola)

DISTRICT/SCHOOL STREET # STREET NAME CITY/TOWN STATE/PROVINCE ZIP CODE COUNTRY

# da Rua do Distrito/Escola Nome da Rua Cidade/Vila Estado/ Provinça Código Postal País

DISTRICT/SCHOOL PHONE NUMBERS DISTRICT/SCHOOL FAX NUMBER

Número de Telefóne Distrito/Escola Número de Fax Distrito/Escola

===========================================================================================

I HEREBY AUTHORIZE AND REQUEST YOU TO RELEASE **TO NEW, CURRENT SCHOOL DISTRICT/SCHOOL: PRINT**

EU AUTORIZO E SOLICITO A VOCÊ QUE LIBERA / **AO ACTUAL DISTRITO ESCOLAR:**

**Central Falls School District**

DISTRICT NAME SCHOOL NAME

 **949 Dexter Street Central Falls Rhode Island 02860 USA**

DISTRICT/STREET # STREET NAME CITY/TOWN STATE/PROVINCE ZIP CODE COUNTRY

 **(401) 727-7700 (401) 727-6184**

DISTRICT/SCHOOL PHONE NUMBERS DISTRICT/SCHOOL FAX NUMBER

THE **COMPLETE SCHOOL/CONFIDENTIAL RECORDS** IN YOUR POSSESSION PERTAINING TO MY CHILD, *INCLUDING BUT NOT LIMITED TO:*

*A ESCOLA COMPLETARÁ/ REGISTROS CONFIDÊNCIAIS EM SUA POSSE RELATIVA À MINHA CRIANÇA, INCLUINDO, MAS NÃO SE LIMITANDO A:*

□ ATTENDANCE/TARDINESS □ LANGUAGE PROFICIENCY DATA (W-Apt, Screener, ACCESS, MODEL, CELLA, Other)

 (ATENDIMENTO/ ATRAZO) DADOS DE COMPETÊNCIA LINGUÍSTICA

□ TRANSCRIPTS/SUBJECT GRADES □ IEP / SPECIAL EDUCATION RECORDS / EVALUATIONS

 TRANSCRIÇÕES / NOTAS DAS DISCIPLANAS IEP/ REGISTROS DE EDUCAÇÃO ESPECIAL/AVALIAÇÕES

□ PORTFOLIO ASSESSMENTS □ RESPONSE TO INTERVENTION (RTI or MULTI-TIERED SERVICES)

 AVALIAÇÕES DE PORTFOLIO RESPOSTA À INTERVENÇÃO

□ STANDARDIZED STATE TESTS □ PSYCHOLOGICAL

 TESTES DE ESTADO STANDARD PSICOLÓGICO

□ 504 PLAN □ MEDICAL RECORDS/VACCINATIONS

 PLANO 504 REGISTROS MÉDICOS/VACINAS

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_  |
| **Signature (Assinatura)** |  **Mês Dia Ano** |

**PASSO 10: FORMULÁRIO HISTÓRICO DE SAÚDE DE PAIS/ENCARREGADO/ ESTUDANTE COM 18 OU MAIOR**

PAIS, POR FAVOR, COMPLETE TODAS AS INFORMAÇÕES DE SAÚDE SOLICITADAS NESTE FORMULÁRIO.

**NOME DO ESTUDANTE:**  ­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

 (APELIDO/S) (1º NOME) (2º NOME) (MÊS) (DIA) (ANO)

**Enderço:** \_\_\_

 (# RUA) (NOME DA RUA) (APT, PISO, UNIDADE) (CIDADE) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

**Telefone de casa** **Telefone de trabalho:** **Telemóvel:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROVEDOR DE SAÚDE/NOME DA CLINICA:**  \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_

 (#RUA) (NOME DA RUA) (APT, PISO, UNIDADE) (CIDADE) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

**Telefone**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fax:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICA** *(Por favor, Escolhe uma resposta para cada uma das seguintes doenças ou condições)*

Varicela \_\_Sim \_\_Não Tuberculose \_\_Sim \_\_Não Dores de Cabeça \_\_Sim \_\_Não

Sarampo Almão *(Rubéola)* \_\_Sim \_\_Não Coqueluche \_\_Sim \_\_Não Diabetes \_\_Sim \_\_Não

Sarampo \_\_Sim \_\_Não Problemas de visião \_\_Sim \_\_Não Dor de garganta frequente \_\_Sim \_\_Não

Coxumba \_\_Sim \_\_Não Problemas de audição \_\_Sim \_\_Não Problemas de rins \_\_Sim \_\_Não

Pneumonia \_\_Sim \_\_Não Asma \_\_Sim \_\_Não Problemas de coração \_\_Sim \_\_Não

Febre Reumática \_\_Sim \_\_Não Eczema \_\_Sim \_\_Não Problemas de fala \_\_Sim \_\_Não

Escarlatina \_\_Sim \_\_Não Convulsões \_\_Sim \_\_Não Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_Sim \_\_Não

**Allergias***:* \_\_Sim \_\_Não Se Sim, por favor **marque todas as que se aplica**: \_\_\_ ABELHA/PICADAS DE INSETOS \_\_\_AMENDOINS/MANTEIGA DE AMENDOINS \_\_\_LÁTEX \_\_\_AMBIENTAL

\_\_\_ NOSES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ FRUTAS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ OUTROS ALIMENTOS\_\_\_\_\_\_\_

Que tipo de reação tem o seu filho? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***Epipen****:* \_\_Sim \_\_Não

**Cirurgias ou Doenças Graves:** *Ano:* \_\_\_\_\_\_\_\_

 *Ano:* \_\_\_\_\_\_\_\_

 *Ano:* \_\_\_\_\_\_\_\_

**ACIDENTES OU FERIMENTOS:** *Ano:* \_\_\_\_\_\_\_\_

 *Ano:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OUTRAS CONDIÇÕES**

* O seu filho teve um exame de **chumbo**? \_\_Sim \_\_Não Se Sim, por favor escreve a data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* O seu filho tem **asma**? \_\_Sim \_\_Não Se sIm, listar os **disparadores**:

**Medicamento**(s) receitado(s): \_\_\_ É necessario tomar medicamentos na **escola**? \_\_Sim \_\_Não

Em que altura do ano ocorrem os episódios de asma:

* O seu filho tem **diabetes**? \_\_Sim \_\_Não Se Sim, **idade** diagnosticado: \_\_\_\_ marque um: □ **Tipo 1** ou □ **Tipo 2**

Dependente de **Insulina**? \_\_Sim \_\_Não Se Sim, marque um: □ B**omba** ou □ **Injeção**

* O seu filho tem qualquer defeito de visão? \_\_Sim \_\_Não Se Sim, por favor especifique: \_\_\_\_

O seu filho usa **lentes de contatos**? \_\_Sim \_\_Não **Lentes**? \_\_Sim \_\_Não

É necessário que o seu filho se sente perto do **quadro**? \_\_Sim \_\_Não

* O seu filho tem qualquer defeito de audição? \_\_Sim \_\_Não Se sim, por favor especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O seu filho usa aparelhos **auditivas**? \_\_Sim \_\_Não Use dispositivo **FM**? \_\_Sim \_\_Não

É necessário que o seu filho se sente perto ou a **frente** na sala? \_\_Sim \_\_Não Se sim, prefere lado **esquerda** ou **direita**? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS (POR FAVOR ESCREVE)**

A criança está atualmente tomando algum **medicamento**? \_\_Sim \_\_Não Se Sim, por favor escreve o nome(s) do(s) **medicamento(s)** abaixo:

1. **Dose:**  **Quantas vezes ao dia?**

**Receita médica:** **Razão para a medicação**:

1. **Dose:**  **Quantas vezes ao dia?**

**Receita médica:** **Razão para a medicação**:

1. **Dose:**  **Quantas vezes ao dia?**

**Receita médica:** **Razão para a medicação**:

**NO ESPAÇO ABAIXO, POR FAVOR FORNECE QUALQUER INFORMAÇÃO ADICIONAL DE SAÚDE,**

**O QUE VOCÊ PENSE QUE SERÁ ÚTIL PARA A ENFERMEIRA ESCOLAR (POR FAVOR, ESCREVER POR LETRAS)**

**ÚLTIMA ESCOLA FREQUENTADA (POR FAVOR, ESCREVER POR LETRAS)**

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

NOME DO DISTRITO ESCOLAR NOME DA ESCOLA

RUA NOME DA RUA CIDADE ESTADO CÓDIGO POSTAL

□ ESCOLA EM U.S. OU □ ESCOLA FORA DE U.S.: NOME DO PAÍS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELEFONE NÚMERO DE FAX

**CONSENTIMENTO**

ENTENDO QUE ESTA INFORMAÇÃO PODE SER COMPARTILHADA E DISCUTIDA COM O PESSOAL ESCOLAR SE NECESSÁRIO. EU DOU PERMISSÃO PARA O PESSOAL ESCOLAR APROPRIADO DE COMUNICAR E TROCAR INFORMAÇÕES COM O MÉDICO DO ESTUDANTE, SE NECESSÁRIO

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_  |
| **Assinatura** |  **Mês Dia Ano** |