Escolas Públicas de Ashland
Ashland, MA 01721

PACOTE DE INSCRIÇÃO

Para inscrever um aluno nas Escolas Públicas de Ashland, você precisará agenda um horário com a secretária da escola apropriada e:

☐1. **O pacote de inscrição completamente preenchido. (Formulários a-f listados abaixo)**
   a. Formulário de Registro de Matrícula do Aluno
   b. Formulário de Informações do Aluno
   c. Histórico de Saúde do Aluno
   d. Formulário de Emergência de Saúde
   e. Formulário de Consentimento de Liberação dos Registros do Aluno
      Nota: Se o aluno receber serviços de Educação Especial, um horário adicional será agendado com o Coordenador da Equipe para revisar os serviços de IEP
   f. Pesquisa do Idioma de Casa
      Nota: Se o idioma principal da criança não for inglês, por favor informe a secretária no momento da inscrição/matrícula para que um horário seja marcado para encontrar o representante do ELL, que avaliará a proficiência de seu(sua) filho(a) no idioma.
   g. Formulário de Transporte por Ônibus (opcional)
      Nota: Esse formulário deve ser retornado para qualquer estudante que utilizará ônibus escolar (gratuitamente ou pagante). Você pode deixar esse formulário de inscrição nessa escola (com a documentação adequada, se necessário) ou pode levar ou enviar diretamente para o Escritório. **O formulário de inscrição no ônibus deve ser preenchido *antes* do aluno começar a utilizar o ônibus.**
   h. Formulário de Solicitação de Refeições Gratuitas & com Desconto (Opcional)

☐2. **Uma Certidão de Nascimento Original com selo em relevo.**
   Nós vamos fazer uma cópia deste e devolver para você.

☐3. **Registros de vacinação e exame físico.** (Ver Requisitos de Informação de Saúde para Inscrição/Matrícula em anexo)
   a. Registros de imunização com todas as datas de vacinação.
   b. Comprovante de exame físico em até um ano da data de início, ou o agendamento de uma consulta para exame físico caso a criança não tenha feito um no último ano.

☐4. **Comprovante de residência na cidade de Ashland.**

   a. Se você mora em Ashland mas seu(sua) filho(a) anteriormente frequentou uma escola particular, você precisará do seguinte: comprovação de propriedade ou aluguel de uma residência em Ashland (uma correspondência official da cidade para sua residência, ex., impostos, conta de água, etc.) ou um contrato atual de aluguel assinado.

   b. Se você se mudou recentemente para Ashland ou fará a mudança em breve (nos próximos 30 dias), você precisará de um Contrato de Compra e Venda ou de Aluguel original. Nós faremos uma cópia e devolveremos pra você.

Nota: Alunos que não estiverem vivendo em Ashland em até 30 dias do início dos estudos aqui podem não ser matriculados nas Escolas Públicas de Ashland.

Escolas Públicas de Ashland

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO/MATRÍCULA DE ALUNO

Data de Matrícula:_____ Série/Escola de Entrada:_____

Nome:_____
Primeiro (conforme certidão nasc.) Meio (extenso) Último

Endereço:_____ Telefone:_____

Data Nascimento:_____ Sexo: _____M _____F Cidade Natal:_____

Escola Frequentada Anteriormente:_____

Endereço:_____ Última Série Completada:_____

Aluno mora com: Pais____ Pai ____ Mãe ___ Guardião ____ Pais Adotivos _____

Nome Pai/Mãe/Guardião_____ Nome Pai/Mãe/Guardião _____

End. Residencial_____ End. Residencial _____

Empregador _____ Empregador _____

End. Comercial _____ End. Comercial _____

Celular _____ Celular _____

Fone Residencial _____ Fone Residencial _____

Fone Comercial _____ Fone Comercial _____

E-Mail Atual_____ E-Mail Atual _____

Crianças na família em ordem cronológica (incluindo esta criança)

Nome	Sexo	Data Nascimento/Série
1.		
2.		
3.		
4.		

Nota: Anexar cópia do acordo legal de custódia/ordem de restrição, se aplicável. Sem essa informação, qualquer um dos pais pode acessar as informações educacionais da criança e/ou dispensar/retirar a criança da escola a qualquer momento.

Para uso da secretaria apenas

ID Local No. _____

ID Estadual No. _____

****

Escolas Pública de Ashland

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DO ALUNO

FAVOR IMPRIMIR

Nome: _____

PRIMEIRO (**Conforme Certidão de Nascimento**) MEIO POR EXTENSO (**Sem iniciais**) ÚLTIMO

Endereço: _____

Telefone Residencial: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo:____M ____F Cidade Natal: _____

Idioma Principal Falado: _____

CRIANÇA ADOTADA OU ENCAMINHADA PELO ESTADO? _____SIM____NÃO

ESTRANGEIRO:_____NÚMERO & SITUAÇÃO DE REGISTRO DE ESTRANGEIRO _____

DATA DE CHEGADA NOS ESTADOS UNIDOS: _____

***Etnia: Selecione apenas um**

_____ **Hispânico ou Latino.** Uma pessoa de cultura ou origem cubana, mexicana, porto-riquenha, da América do Sul ou Central, ou outros locais de cultura hispânica, independente da raça.

O termo "origem hispânica" pode ser utilizado juntamente com "hispânico ou latino".

_____ **Não Hispânico ou Latino.**

****

***RAÇA – Selecione todas as aplicáveis**

_____ **Índio Americano ou Nativo do Alasca** – Uma pessoa que tem origens em alguma das populações originais das Américas (inclui América do Norte, Central e do Sul), e que mantém afiliações tribais ou proximidade comunitária.

_____ **Asiático**—Uma pessoa que tem origens nas populações originais do Oriente, Sudeste Asiático, do subcontinente indiano, incluindo Camboja, China, Índia, Japão, Coreia, Malásia, Paquistão, Filipinas, Tailândia e Vietnã.

_____ **Americano Negro ou Africano**—Uma pessoa com origem nos grupos raciais negros da África.

_____ **Havaiano Nativo ou de Outras Ilhas do Pacífico**—Uma pessoa com origens em alguma das populações originais do Havaí, Guam, Samoa ou outras Ilhas do Pacífico.

_____ **Branco**—Uma pessoa com origens nas populações originais da Europa, Oriente Médio ou Norte da África.

*Essas definições foram fornecidas pelo Estado de Massachusetts.

Histórico Médico do Aluno

O Histórico Médico do Aluno é um documento confidencial obrigatório para todos os alunos ingressando nas Escolas Públicas de Ashland. Por favor, informe as enfermeiras da escolas em caso de mudanças na situação de saúde de seu(sua) filho(a) durante o ano escolar e contate a enfermeira da escola se você tiver qualquer dúvida ou preocupação.

Nome do Aluno: _____ Data de nasc.: _____ Série: _____

Idioma principal: _____ Idioma secundário: _____

1. Por favor, selecione todas as pessoas que moram na mesma residência que o aluno e anote a idade de seus irmãos ou crianças adotadas.

☐ Mãe ☐ Pai ☐ Avós ☐ Guardião

☐ Irmãos Idade_____ Idade_____ Idade_____ Idade_____

☐ Crianças adotadas Idade_____ Idade_____ Idade_____ Idade_____

☐ Outros *Relação com o aluno:* _____

2. Ocorreram mudanças recentes na sua família que podem afetar seu(sua) filho(a)? Se sim, por favor, marque as caixas apropriadas e explique no espaço abaixo.

☐ Nascimento de um irmão ☐ Mudança no estado civil ☐ Mudança de casa ☐ Convocação militar

☐ Morte recente ☐ Doença na família ☐ Mudança de emprego ☐ Outro

_____

_____

3. Seu(sua) filho(a) usa óculos ou lentes de contato? ☐ Sim ☐ Não

4. Seu(sua) filho(a) utiliza aparelho auditivo? ☐ Sim ☐ Não

5. Seu(sua) filho(a) já foi hospitalizado ou sofreu alguma cirurgia? ☐ Sim ☐ Não
Se sim, forneça as datas e explique abaixo.

_____

_____

6. Seu(sua) filho(a) possui alguma das seguintes doenças? Se sim, marque nas caixas correspondentes abaixo e explique no espaço abaixo.

☐ Otites (frequentes) ☐ Doença de Lyme ☐ Pneumonia

☐ Encefalite ☐ Meningite ☐ Amigdalite (frequente)

☐ Febres altas ☐ Coqueluche ☐ Tuberculose

_____

_____

7. Seu(sua) filho(a) foi diagnosticado com alguma das seguintes condições? Se sim, marque as caixas correspondentes e explique no espaço abaixo.

☐ DDA	☐ Defeitos congênitos	☐ Atraso desenvolvimento	☐ Problemas audição	☐ Distrofia muscular
☐ DDAH	☐ Paralisia cerebral	☐ Diabetes	☐ Problemas cardíacos	☐ Problemas de pele
☐ Ansiedade	☐ Concussão	☐ Distúrbios alimentares	☐ Doença renal	☐ Distúrbio de sono
☐ Asma	☐ Fibrose cística	☐ Encoprese/constipação	☐ Problemas saúde mental	☐ Síndrome de Tourette
☐ Autismo /ASD	☐ Depressão	☐ Epilepsia/convulsões	☐ Enxaquecas	☐ Dificuldades Visão

_____

_____

8. Seu(sua) filho(a) possui alguma alergia (ex., alimentos, medicamentos, látex, rinite, insetos)? ☐ Sim ☐ Não
Se sim, explique abaixo e, por favor, *seja específico*.

_____

_____

9. Seu(sua) filho(a) toma algum medicamento diariamente ou se necessário *para suas alergias*? ☐ Sim ☐ Não
Se sim, por favor, liste abaixo.

_____

10. Seu(sua) filho(a) toma *alguma outra medicação* diariamente ou se necessário? ☐ Sim ☐ Não
Se sim, liste cada medicamento e para qual doença/condição deve ser administrado.

_____

_____

11. Seu(sua) filho(a) sofre de alguma doença não listada acima? Se sim, por favor, descreva.

_____

_____

12. Existe alguma coisa a respeito da saúde física ou mental de seu(sua) filho(a) que você gostaria que a enfermeira da escola soubesse e que ainda não foi descrita? Se sim, o que?

_____

_____

Obrigado por fornecer essas informações importantes a respeito da saúde de seu(sua) filho(a). Se seu(sua) filho(a) tiver alguma condição crônica que necessite de discussões adicionais, favor contatar a enfermeira da escola para agendar uma reunião. Por favor, dirija-se a seção de Serviços de Saúde na página das Escolas Públicas de Ashland para informações de contato do escritório da enfermeira na escola de seu(sua) filho(a)— **http://www.ashland.k12.ma.us/health-services**.

_____ _____

Assinatura de preenchimento individual de formulário Relação com o aluno

Data: _____

ESCOLAS PÚBLICAS DE ASHLAND
INFORMAÇÕES DE EMERGÊNCIA – SAÚDE

Por favor, leia cuidadosamente, assine e retorne esse formulário para a escola.

Os requisitos de saúde exigidos pelo Estado incluem os seguintes: Exames físicos são exigidos nas séries PK, K, 4, 7 e 10. Testes de visão ocorrem anualmente nas séries PK, K-5, 7 e 10. Testes de audição ocorrem anualmente nas séries PK, K-3, 7 e 10. Avaliações de postura ocorrem anualmente entre as séries 5 e 9. Testes de Índice de Massa Corporal (BMI) ocorrem anualmente nas séries 1, 4, 7 e 10. Pais que queiram dispensar o teste de BMI devem enviar uma requisição por escrito para a enfermeira da escola.

Nome do Aluno _____ Nasc. _____ Série _____ Sala _____

Endereço (rua) _____ (cidade) _____ Fone Residencial _____

Aluno vive com: Pais ___ Pai ___ Mãe ___ Guardião ___ Pais Adotivos ___

Por favor, circule um: Mãe/Pai/Guardião

Nome _____

End. Res. _____

Empregador _____

End. Trabalho _____

Fone Trabalho _____

Fone Celular _____

Email _____

Nome _____

End. Res. _____

Empregador _____

End. Trabalho _____

Fone Trabalho _____

Fone Celular _____

Email _____

Amigo/Babá/Parente que pode ser questionado sobre dispensar o aluno caso não seja possível localizer os pais:

Nome _____ Relação _____ Circule: Celular/Trabalho/Casa _____

Nome _____ Relação _____ Circule: Celular/Trabalho/Casa _____

Pediatra _____ Fone _____

Dentista _____ Fone _____

Ortodontista _____ Fone _____

Nome do Seguro Saúde _____

Permissão para receber Tylenol, Ibuprofen, TUMS, xaropes para tosse na escola, caso necessário SIM_____ NÃO_____

Em caso de emergência, permit que meu filho(a) seja transportado, de ambulância, para o MetroWest Medical Center - Framingham Campus para tratamento. Eu compreendo que serei notificado(a) sobre a emergência assim que possível.

Eu vou notificar a escola em caso de mudança de alguma das informações acima.

Assinatura da Mãe/Pai/Guardião_____ Data _____

Detalhe abaixo quaisquer necessidades médicas pertinentes e relevantes para o cuidado com seu filho(a) na escola (medicações, alergias, isenções religiosas).

PORTUGUESE Revisado JAN 2017

Escolas Públicas de Ashland

CONSENTIMENTO DE LIBERAÇÃO DE REGISTROS DO ALUNO

Serviços de Aconselhamento

_____ _____ _____

Nome do Aluno Data Nasc. No SASID

_____ _____

Rua Cidade Estado CEP Fone

Em conformidade com a Legislação de Registro Escolar do Departamento de Educação de Massachussets de 1976, eu autorizo a secretaria do(a):

_____ Ashland High School, 65 East Union Street, Ashland, MA. 01721

_____ Ashland Middle School, 87 West Union Street, Ashland, MA. 01721

_____ David Mindess School, 90 Concord Street, Ashland, MA. 01721

_____ Henry E. Warren School, 73 Fruit Street, Ashland, MA. 01721

_____ William Pittaway School, 75 Central Street, Ashland, MA. 01721

_____ Departamento de Educação Especial, 87 West Union Street, Ashland, MA. 01721

A enviar ___ ou receber ___ da escola abaixo os registros do aluno nomeado acima.
Permissão assinada está fornecida abaixo:

Escola	Departamento de Educação Especial
Rua	Rua
Cidade Estado CEP	Cidade Estado CEP

Transcrições (séries, cursos, níveis completados)	
Pontuação Padronizada de Avaliação (MCAS/PARCC)	
Registros de Saúde	
Considerações Professor/Conselheiro	
IEP e Avaliações	
Registros de Frequência	
Registros de Disciplina	
Outros	

_____

Assinatura dos Pais/Guardiões Data

- Esse formulário pode ser assinado pelo aluno que tiver 14 anos de idade ou mais

PORTUGUESE Revisado Jan 2017

Escolas Públicas de Ashland

PESQUISA SOBRE O IDIOMA DA CASA

Queridos Pais e Guardiões:

Para ajudar seu(sua) filho(a) a ter um bom desempenho na escola, nós pedimos que você(s) responda(m) as perguntas a seguir para cada criança em sua família. Suas respostas nos ajudarão a criar o melhor programa educacional possível para seu(sua) filho(a).

Nome do Aluno _____ Data Nasc. _____

1. Qual o primeiro idioma seu(sua) filho(a) compreendeu ou falou?
   _____
2. Qual idioma você usa com frequência pra conversar com seu(sua) filho(a) em casa?
   _____
3. Qual idioma seu(sua) filho(a) mais usa para falar com você em casa?
   _____
4. Qual idioma seu(sua) filho(a) mais usa para falar com outros membros da família?
   _____
5. Qual idioma seu(sua) filho(a) mais usa para falar com amigos? _____
6. Qual(is) idioma(s) seu(sua) filho(a) lê? _____ _____ _____
7. Qual(is) idioma(s) seu(sua) filho(a) escreve? _____ _____ _____
8. Com que idade seu(sua) filho(a) começou a frequentar a escola? _____
9. Seu(sua) filho(a) frequentou a escola todos os anos desde então? ____sim____não
   Se não, explique o motivo:
10. Você prefere que as comunicações orais e escritas da escola sejam feitas em inglês ou em sua língua materna? _____

_____ _____

Assinatura do Pai/Guardião Date

Relação (Circule um): Mãe Pai Guardião Outro

****

A ser completado pela Equipe do Programa ELL antes da Colocação:

Data de Matrícula: _____ Série_____ Escola_____

Recomendação:

- □ Revisão dos Testes de Proficiência/Registros
- □ Serviços de ELL
- □ Nenhum Serviço de ELL

Histórico Educacional

Nome do Aluno: _____

Informe-nos sobre qualquer problema que seu filho já tenha tido na escola, incluindo reprovação, ajuda extra de instrução ou educação especial:

_____

O aluno já foi suspenso ou expulso da escola? Não ☐ Sim ☐ Razão _____

Brasil Ano	U.S. Série	Nome da Escola Cidade/Estado/País	Pública ou Particular?	Idioma de Instrução e Programa
Pre Escola	Pre-K			
1º ano	K			
2º ano	1st Grade			
3º ano	2nd Grade			
4º ano	3rd Grade			
5º ano	4th Grade			
6º ano	5th Grade			
7º ano	6th Grade			
8º ano	7th Grade			
9º ano	8th Grade			
1º	9th Grade			
2º	10th Grade			
3º	11th Grade			
-	12th Grade			