



REGISTRO DE NOVO ALUNO

Lista de verificação do cuidador

FORMULÁRIOS NECESSÁRIOS

Todos os formulários obrigatórios devem ser preenchidos e assinados pelos Pais/Responsáveis:

- 1. Informações do aluno e da família
- 2. Informações de emergência de saúde
- 3. Histórico de saúde do aluno
- 4. Pesquisa de idioma local
- 5. Liberação de Registros

DOCUMENTOS EXIGIDOS

Esses documentos devem ser apresentados no ato da inscrição. A Central de Cadastro Estudantil fará cópias e devolverá todos os documentos originais. Mais informações estão disponíveis em ashland.k12.ma.us/register.

- Comprovante de residência válido
- Prova válida de ocupação
- Certidão de nascimento original com selo em relevo
- Prova válida com foto da identidade dos pais/responsável
- Carteira de vacinação do aluno mais atualizada
 - Alunos sem documentação de imunização não podem assistir às aulas.
 - Alunos do jardim de infância sem documentação de imunização podem participar da reunião de orientação, mas não podem começar a escola até que os dados sejam enviados.
- Cópia do exame físico concluído até 12 meses antes do primeiro dia de aula ou consulta médica para exame físico
 - A documentação do Exame Físico deve ser enviada à enfermeira da escola até 1º de outubro ou dentro de 30 dias após o início das aulas ou o aluno será excluído da escola.
- Triagem de chumbo para alunos pré-K
- Triagem de leads triagem de visão para alunos do jardim de infância

DOCUMENTAÇÃO E FORMULÁRIOS ADICIONAIS

Os seguintes documentos e formulários não são obrigatórios, mas podem ser aplicáveis ao seu aluno específico.

- Documentos de tutela ou declaração juramentada de autorização de cuidador notariada
- Declaração Juramentada de Residência
- Cópia do Programa de Educação Individualizada do Aluno (IEP)
- Cópia do Plano 504 do Aluno
- Transcrições, registros do aluno de inglês e pontuações do WIDA ACCESS (necessário para colocação em turma do ensino médio)
- Formulário de transporte de ônibus
- Formulário de Solicitação de Almoço Gratuito e Reduzido

Por favor, visite ashland.k12.ma.us/register para baixar esses formulários ou para obter mais informações.

PROCESSO DE REGISTRO

Quando cada pacote de registro for concluído, envie-o por e-mail para registration@ashland.k12.ma.us. Não digitalize nem envie cópias de sua certidão de nascimento ou qualquer outro documento confidencial por e-mail.

Você será contatado para agendar uma reunião com o Registrador Central assim que seu pacote de registro for recebido. Todos os documentos exigidos devem ser apresentados no ato da inscrição.



INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

INFORMAÇÕES DO ALUNO E DA FAMÍLIA

FORMA

1

INFORMAÇÕES DO ALUNO			
Data de hoje:			
Primeiro nome:		Nome do meio	Sobrenome:
Morada atual:			
Criança adotiva ou tutela estadual?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Aluno mora com:
Cidade de nascimento:	Estado:		País:
Idioma Principal:		Data de chegada nos Estados Unidos (se aplicável):	
Data de nascimento:	Sexo/Gênero:		<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Não binário <input type="checkbox"/> Fêmea
Nota de entrada:	Última série concluída:		Pronomes:
Escola anterior:			
Endereço da escola anterior:			

INFORMAÇÃO DE RESPONSÁVEL LEGAL			
Pai/ Responsável #1		Pai/ Responsável #2	
Nome:		Nome:	
Endereço(Se diferente do aluno):		Endereço(Se diferente do aluno):	
Telefone principal: <input type="checkbox"/> Célula <input type="checkbox"/> Trabalhar		Telefone principal: <input type="checkbox"/> Célula <input type="checkbox"/> Trabalhar	
Telefone Alternativo: <input type="checkbox"/> Célula <input type="checkbox"/> Trabalhar		Telefone Alternativo: <input type="checkbox"/> Célula <input type="checkbox"/> Trabalhar	
Local de trabalho:		Local de trabalho:	
E-mail:		E-mail:	
Militar Ativo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Militar Ativo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Relação com o Aluno:		Relação com o Aluno:	

INFORMAÇÃO FAMILIAR				
Liste todas as crianças da família (incluindo a criança que você está registrando) em ordem cronológica.				
	Nome	Sexo/Gênero	Data de nascimento	Nota
1.				
2.				
3.				
4.				

Observação: Anexe uma cópia do acordo de custódia legal ou ordem de restrição, se aplicável. Sem essas informações, qualquer um dos pais pode acessar as informações educacionais de seu filho e/ou dispensar/retirar seu filho a qualquer momento.



INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

INFORMAÇÕES DO ALUNO E DA FAMÍLIA

FORMA

1

ELEGIBILIDADE MCKINNEY-VENTO

As respostas às seguintes informações de residência ajudarão o distrito escolar a determinar os serviços que seu filho pode receber em relação ao [Lei McKinney-Vento](#).

1.	Seu endereço atual é devido à violência doméstica ou a uma situação de emergência?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2.	O seu arranjo de vida é devido à perda de moradia, dificuldades econômicas ou outros motivos semelhantes?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Se você respondeu sim a uma das perguntas acima, onde o aluno que você está matriculando está morando atualmente?

- Com você na residência de um familiar, amigo ou conhecido
- Em um local não projetado para acomodações comuns para dormir (por exemplo, carro, parque, acampamento, porão, andar, sala de estar)
- Em um abrigo Em um motel/hotel Movendo-se de um lugar para outro

DEMOGRAFIA DO ALUNO

O Departamento de Educação de Massachusetts (DESE) exige que os distritos colem os seguintes dados demográficos para cada aluno.

ETNIA

O aluno é hispânico ou latino? **Selecione apenas um.**

- Não, o aluno não é hispânico ou latino.
- Sim, o aluno é hispânico ou latino (uma pessoa de cultura ou origem cubana, mexicana, chicana, porto-riquenha, da América do Sul ou Central, brasileira ou de outra cultura ou origem espanhola, independentemente da raça).

CORRIDA

Selecione a(s) raça(s) com a(s) qual(is) o(s) aluno(s) se identifica(m). **Você deve selecionar pelo menos um.**

<input type="checkbox"/>	Asiático	Uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originários do Extremo Oriente, Sudeste Asiático ou subcontinente indiano, incluindo, por exemplo, Camboja, China, Índia, Japão, Coreia, Malásia, Paquistão, Ilhas Filipinas, Tailândia e Vietnã.
<input type="checkbox"/>	Índio Americano ou Nativo do Alasca	Uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originários da América do Norte e do Sul (incluindo a América Central) e que mantém afiliação tribal ou apego à comunidade.
<input type="checkbox"/>	Negro ou afro-americano	Uma pessoa com origens em qualquer um dos grupos raciais negros da África.
<input type="checkbox"/>	Nativo havaiano ou outro ilhéu do Pacífico	Uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originais do Havaí, Guam, Samoa ou outras ilhas do Pacífico.
<input type="checkbox"/>	Branco	Uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originários da Europa, Oriente Médio ou Norte da África.



INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

INFORMAÇÕES DE EMERGÊNCIA DE SAÚDE

FORMA
2

Nome do aluno: _____

Data de nascimento: _____

Uma escola pode divulgar informações sobre um aluno às partes apropriadas em conexão com uma emergência de saúde ou segurança se o conhecimento da informação for necessário para proteger a saúde ou a segurança do aluno ou de outros indivíduos. A enfermeira da escola pode compartilhar informações de saúde necessárias para a saúde e segurança do aluno com funcionários autorizados da escola.

Contatos de emergência devem ser pessoas que **não sejam os pais ou responsáveis do aluno** que pode ser solicitado a dispensar o aluno se a escola não conseguir localizar seus cuidadores principais.

INFORMAÇÕES DE CONTATO DE EMERGÊNCIA (EXCETO PAIS/RESPONSÁVEL PRINCIPAL)	
Contato de emergência nº 1	Contato de emergência nº 2
Primeiro nome:	Primeiro nome:
Sobrenome:	Sobrenome:
Telefone :	Telefone:
Relação com o Aluno:	Relação com o Aluno:
Idioma Principal:	Idioma Principal:

PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE	
Pediatra	
Nome:	Telefone:
Dentista	
Nome:	Telefone:
Ortodontista	
Nome:	Telefone:
Plano de saúde	
Nome:	Telefone:

Seu filho tem permissão para receber Tylenol, Ibuprofeno, TUMS ou pastilhas para garganta na escola, conforme necessário? Sim Não

Em caso de emergência, dou permissão para que meu filho seja transportado, de ambulância, para o MetroWest Medical Center - Framingham Campus para tratamento. Entendo que serei notificado sobre a emergência assim que possível.

Notificarei a escola se houver qualquer alteração nas informações acima.

Assinatura do Pai/Responsável

Data



INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

HISTÓRICO DE SAÚDE DO ALUNO

FORMA
3

Nome do aluno: _____

Data de nascimento: _____

O Histórico de Saúde do Aluno é um documento confidencial exigido para todos os alunos que ingressam nas Escolas Públicas de Ashland. **Informe as enfermeiras da escola sobre quaisquer mudanças na saúde de seu filho durante o ano letivo.**

1. Houve alguma mudança recente em sua família que possa afetar seu filho? Se sim, marque a(s) caixa(s) apropriada(s) e explique no espaço abaixo.

- Nascimento de um irmão Mudança de estado civil Mudança de moradia implantação militar
 Morte recente doença familiar Mudança de emprego Outro:

2. Seu filho usa óculos ou lentes de contato?

Sim Não

3. Seu filho usa aparelho auditivo?

Sim Não

4. Seu filho já foi hospitalizado e/ou operado? Se sim, forneça datas e explique abaixo.

Sim Não

5. Seu filho teve alguma das seguintes doenças? Se sim, marque as caixas apropriadas e explique no espaço abaixo.

- Infecções de ouvido (frequentemente) doença de Lyme Pneumonia
 Encefalite Meningite Infecções estreptocócicas (frequentemente)
 Febres altas Coqueluche Tuberculose

6. Seu filho foi diagnosticado com alguma das seguintes condições? Se sim, marque as caixas apropriadas e explique no espaço abaixo.

- ADICIONAR Defeitos de nascença Atraso no desenvolvimento Problemas de audição Distrofia muscular
 TDAH Paralisia cerebral Diabetes Problemas cardíacos Condição de pele
 Ansiedade Concussão Desordem alimentar Doença renal Distúrbio do sono
 Asma Fibrose cística Encoprese/constipação Problemas de saúde mental Síndrome de Tourette
 Autismo/TEA Depressão Epilepsia/convulsões Enxaqueca Dificuldades de visão



INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

HISTÓRICO DE SAÚDE DO ALUNO

FORMA
3

7. Seu filho tem alguma alergia (por exemplo, alimentos, medicamentos, látex, sazonais, insetos)? Se sim, explique abaixo e seja específico. Sim Não

8. Seu filho toma algum medicamento diariamente ou quando necessário para suas alergias? Se sim, liste abaixo. Sim Não

9. Seu filho toma algum outro medicamento diariamente ou quando necessário? Em caso afirmativo, liste cada medicamento e para qual doença/condição é tomado. Sim Não

10. Há algum diagnóstico não mencionado acima que afete seu filho? Em caso afirmativo, explique.

11. Existe alguma coisa sobre a saúde mental ou física de seu filho que você gostaria que a enfermeira da escola soubesse que não foi abordada até agora? Em caso afirmativo, o que?

Obrigado por fornecer esta informação valiosa sobre a saúde do seu filho. Se seu filho tiver uma doença crônica que exija mais conversa, entre em contato com a enfermeira da escola para agendar uma reunião. Por favor visite ashland.k12.ma.us/Saúde para informações de contato ou detalhes adicionais.

Assinatura do Pai/Responsável

Data



INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

PESQUISA DE IDIOMA NACIONAL

FORMA
4

Os regulamentos do Departamento de Educação Primária e Secundária de Massachusetts exigem que todas as escolas determinem o(s) idioma(s) falado(s) na casa de cada aluno para identificar suas necessidades específicas de idioma. Esta informação é essencial para que as escolas forneçam instrução significativa para todos os alunos. Se um idioma diferente do inglês for falado em casa, o Distrito deverá fazer uma avaliação mais aprofundada de seu filho. Ajude-nos a atender a esse importante requisito respondendo às perguntas a seguir. Obrigado pela sua ajuda.

Informações do Aluno

Primeiro nome

Nome do meio

Sobrenome

País de nascimento

Data de nascimento

Data da primeira matrícula em QUALQUER escola dos EUA

Informações Escolares

Data de início na nova escola (mm/dd/aaaa)

Nome da antiga escola e cidade

Nota atual

Perguntas para pais/responsáveis

1.	Qual é o idioma principal usado em casa, independentemente do idioma falado pelo aluno?	
2.	Há quantos anos o aluno está nas escolas dos EUA (sem incluir pré-escola)?	
3.	Que língua seu filho primeiro entendeu e falou?	
4.	Qual linguagem você mais usa com seu filho?	
5.	Quais idiomas são falados com seu filho (<i>por avós, tios, tias, cuidadores, etc.</i>)? Com que frequência?	
	Idioma nº 1: _____ Frequência: <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Sempre	
	Idioma nº 2: _____ Frequência: <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Sempre	
6.	Quais idiomas seu filho usa? Com que frequência?	
	Idioma nº 1: _____ Frequência: <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Sempre	
	Idioma nº 2: _____ Frequência: <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Sempre	
7.	Você exigirá informações por escrito da escola em seu idioma nativo? Se sim, em que idioma?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8.	Você vai precisar de um intérprete/tradutor nas reuniões de pais e professores? Se sim, em que idioma?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Assinatura do Pai/Responsável

Data



INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

LANÇAMENTO DE REGISTROS

FORMA
5

AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAR/OBTER REGISTROS ALUNOS

Eu, _____, sou o pai/responsável legal do aluno abaixo nomeado. Eu autorizo a liberação de todos os registros acadêmicos, incluindo transcrições oficiais, resultados de testes, disciplina, saúde, educação especial, registros de alunos de inglês e qualquer outra informação relacionada ao meu filho para/das Escolas Públicas de Ashland. Além disso, dou permissão às Escolas Públicas de Ashland para falar com os antigos/novos professores, diretor, conselheiro escolar e outros funcionários da escola de meu filho, conforme necessário.

Assinatura do Pai/Responsável

Data

Nome do aluno:

Data de nascimento:

Morada atual:

Nome da escola anterior ou nova:

Nível de ensino:

Endereço escolar:

Cidade (*): Estado (*) Código postal:

Número de telefone:

Número de fax:

PARA USO ESCOLAR

Os registros escolares devem ser solicitados ou enviados para:

Escola	Endereço	Fax	E-mail	
📍 Ashland High School	65 E. Union St.	508-881-0186	Jessica Blank	jblank@ashland.k12.ma.us
📍 Ashland Middle School	87 W. Union St.	508-881-0169	Christine Watt	cwatt@ashland.k12.ma.us
📍 David Mindess School	90 Concord St.	508-881-0153	Jamie Giles	jgiles@ashland.k12.ma.us
📍 Henry E. Warren Elementary School	73 Fruit St.	508-881-0191	Girija Phatak	gphatak@ashland.k12.ma.us
📍 William Pittaway School	75 Central Rd.	508-881-0148	Donna Lowell	dlowell@ashland.k12.ma.us

Os registros de educação especial devem ser solicitados ou enviados para:

Colleen Brewer	508-881-0152	87 West Union Street, Ashland, MA. 01721	cbrewer@ashland.k12.ma.us
----------------	--------------	--	--



INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

PESQUISA DE EXPERIÊNCIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

FORMA

6

Esta pesquisa é exigida pelo Departamento Estadual de Educação Elementar e Secundária para todos os alunos do Jardim de Infância.

Nome do aluno:

Que tipo de experiência educacional seu filho teve antes do jardim de infância? Marque apenas um.

1. Nenhuma experiência formal em programas para a primeira infância
2. Apoio à família: Envolvimento coordenado da família e da comunidade (CFCE)
3. Apoio à Família: Programa Casa Pais-Filhos (PCHP)
4. Apoio à Família: CFCE e PCHP
5. Formal: Prestador de cuidados infantis familiares licenciado menos de 20 horas por semana
6. Formal: Prestador de Cuidados Infantis Familiares Licenciado com mais de 20 horas por semana
7. Formal: Programa Baseado em Centro com menos de 20 horas por semana
8. Formal: Programa Baseado em Centro superior a 20 horas por semana
9. Formal: AMBOS Provedor de Cuidados Infantis Familiares e Programa Baseado em Centro menos de 20 horas por semana
10. Formal: AMBOS Provedor de Cuidados Infantis Familiares e Programa Baseado em Centro superior a 20 horas por semana

Nome dos pais:

Encontro:
