

DISTRITO ESCOLAR DE FALL RIVER
“A Cidade das Bolsas de Estudo”

Fred Houle
Centro de Informação Para Pais
e
Matrículas de Alunos

Matrículas /Pré-Primária-Pré-Escola



2012-2013

Portuguese

“PREFERÊNCIA DE ESCOLA” FORMULÁRIO DE MATRÍCULA

Sobrenome _____ Nome _____ Segundo Nome _____

Endereço _____ #Telefone de Casa _____ #Emergência _____

Data de Nascimento ____/____/____ Idade: _____ Sexo M F Ano: _____

Nome da escola prévia _____

Endereço: _____

Cidade, Estado, Código Postal: _____

Escolas de Preferência: 1. _____

2. _____

3. _____

Voce tem outro/a filho/a frequenter a escola preferida #1? SIM ____ NÃO ____ Ano _____

COMENTÁRIOS: _____

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Acha que o/a seu/sua filho/a beneficiará de qualquer programa depois da escola? | Sim | Não |
| 2. O/a seu/sua filho/a tem algum plano de saúde? | Sim | Não |
| 3. Está interessado/a em frequenter aulas de Inglês para Adultos (GED__ESOL__)? | Sim | Não |
| 4. Está a viver com outras pessoas porque perdeu a sua morada, por dificuldades económicas ou por outras razões similares? | Sim | Não |
| *Se respondeu SIM a qualquer dos motivos acima mencionados, gostaria que alguém o/a contactasse para receber informação sobre beneficios a que tem direito. | Sim | Não |

- Compreendo que todos os formulários de matrícula devem ser completamente preenchidos para que toda criança seja cocada na escola preferida de acordo com o critério sublinhado no plano de designação de aluno.
- Compreendo que o **TRANSPORTE** é da responsabilidade dos pais ou tutores.

Assinatura dos Pais/Tutores

Grau de Parentesco

Data

Assinatura da Funcionária

Data

NÃO ESCREVA ABAIXO DESTA LINHA (SÔMENTE PARA O ESCRITÓRIO)

Effective Date: _____

Waiting List: _____

Date Release Sent: _____

Transportation: _____

Date Letter Sent: _____

School Assigned: Name: _____

Code: _____

District School Name: _____

Code: _____

Formulário de Matrícula Preferência de Escolas em Fall River

Nome Próprio _____

Vive com _____

Segundo Nome _____

Sobrenome _____

Pais/Tutor _____
(Nome Completo)

Sexo M F

Endereço _____

Data de Nascimento (m/d/ano) ____/____/____

Cidade **Fall River**

Ano de Escolaridade _____

Estado **MA**

Telefone de Casa _____

Código Postal _____

Telefone de Emergência _____

Distrito **Bristol**

Língua Materna _____

Etnicidade: **Circúle só um** Espanhico Não-Espanhico

Cidade onde nasceu o aluno _____

Raça: **Circúle os que lhe pertencem** até 4 Branco Preto ou Africano Americano
Asiático Indígena Americano
Nativo do Alaska Nativo de
Hawaii ou Ilha Pacificas

Os Pais trabalham para as Escolas de Fall River SIM_NÃO__

Assinatura Dos Pais _____

Nome dos Pais (**imprima**) _____

Data da Matrícula _____

Assinatura da Funcionária

Sómente para uso do Escritório

O/a aluno/a já frequentou as Escolas de F.R.? Sim Não Escola _____ Ano _____

O/a aluno/a já frequentou Escolas no Estado de MA.? Sim Não Cidade _____ Quando? _____

Imigrante (**sim**, só se o aluno não nasceu nos US, e frequentou escola nos US menos de 3 anos) **SIM NÃO**

Se respondeu SIM, qual foi o País que o aluno nasceu? _____

Competência em Inglês (O/a aluno é capaz de fazer o seu trabalho em Inglês?) **SIM NÃO**

O/a aluno frequenta/frequentou antes um Programa de Segunda Língua? **SIM NÃO**

O/a aluno está recebendo auxílio da Educação Especial? **SIM NÃO**

Se respondeu Sim...Que tipo? _____

O/a aluno está recebendo serviços do Título 1? **SIM NÃO**

O/a aluno é da responsabilidade do Estado ou do Departamento de Serviços Sociais (DSS)? **SIM NÃO**

AS ESCOLAS PÚBLICAS DE FALL RIVER OFERECEM IGUALDADE DE OPORTUNIDADES EDUCACIONAIS SEM DESTINÇÃO DE RAÇA, COR, SEXO, RELIGIÃO, ORIGEM NACIONAL, OU INCAPACIDADE, DE ACORDO COM O CAPÍTULO 622 E DA APLICAÇÃO DE OUTRAS LEIS ESTADUAIS E FEDERAIS DOS DIREITOS CIVIS.

Escolas Públicas de Fall River

Aceitação das Regras no Uso do Google Apps para a Educação K-12

As Escolas Públicas de Fall River irão usar Google Apps para Educação desde as classes Pré-Primárias até ao 12 ano. Estas contas serão usadas sómente para projectos escolares e oferecerão aos alunos uma ponderosa colaboração e participação de meios incluindo: Spreadsheets, Documentos, Formulários e Apresentações. A particularidade da conta do Google Apps email nos graus 6-12 está sendo restrita e sómente permitida aos alunos de enviar e recer emails das contas do @frpsstudent.org ou @fallriverschools.org. Os alunos do K-5 não poderão usar a conta do email Google Apps.

Filosofia

O Distrito Escolar de Fall River encourage os alunos do email Google Apps como um meio efectivo e eficiente para melhorar a comunicação entre os alunos e faculdade. A principal finalidade do uso do Google Apps pelos alunos é de suportar o ensino e a aprendizagem.

1. Contas do Google Apps

A todos os alunos dos graus K-12 serão-lhes atribuídos uma conta @frpsstudent.org student Google Apps. Os alunos abrirão as suas contas com os últimos dois números do ano da sua graduação seguido do seu name complete @frpsstudent.org.

Exemplo: 11frankfarias@frpsstudent.org

2. Comportamento Proibido:

- Actividades ilegais
- Representação imprópria das Escolas Públicas de Fall River
- Enviar acessório contendo vírus
- Remeter ou copier materiais proibidos ou sem permissão
- Enviar emails contendo qualquer insulto, difamação, ofensa, racismo, ou comentários obsceno
- Disfarçar ou tentar disfarçar a sua identidade quando enviar email
- Tentar enviar email a qualquer outro domínio/enderço que não seja @fallriverschools.org ou @frpsstudent.org
- Incidentes de Perseguição ou acções inapropriadas usando a sua conta* Vero s Regulamentos do Distrito sobre a Perseguição e os deveres do seu uso na FRPS.

3. Restrição de acesso

O acesso e uso do Google Apps é considerado um privilégio e de acordo com os direitos das Escolas Públicas de Fall River. O Distrito possui o direito de remover imediatamente o acesso e uso do Google Apps quando houver razões de suspeita de violação das leis e regulamentos do Distrito. Em tais casos a alegado violação será referida ao director da escola para investigação e averiguação.

4. Security

As Escolas Publicas de Fall River não podem nem garantem a segurança de arquivos electrónicos localizados no sisterna do Google Apps.

5. Privacidade

Os direitos gerais da privacidade serão estendidos ao máximo possível dentro do ambiente electrónico. As Escolas Públicas de Fall River e todos os seus usuários devem tratar toda a informação electrónica dos indivíduos com a máxima confiança e privacidade

Existe conhecimento dum acordo entre os direitos de privacidade dum usuário e a necessidade que o sistema administrativo possui em adquirir informação necessária a assegurar a continuidade do funcionamento destes recursos. No decorrer normal do systems administrativo, os seus administradores podem examinar actividades, arquivos e documentos electrónicos para adquirirem informação capaz diagnosticar e corrigir problemas relacionados com o software e hardware do sistema.

O uso das contas do Google Apps são restritamente proibidas na aquisição e acesso de informação para além da propria informação pessoal. O districto tem o direito de recusar o acesso ao sistema do Google Apps quando houver razão de suspeita inaceitável do seu uso.

6. Perguntas:

Se tiver algumas perguntas ou comentarios acerca dos regulamentos deste Email, por favor contacte Frank Farias pelo 508-675-8420, ext. 444, ou por via email na ffarias@fallriverschools.org. se não tiver qualquer perguntas as Escolas Públicas de Fall River presumem que compreendeu e tomou conhecimento das regras e regulamentos e de que obedecerá às mesmas.

Estas regras e sua inovação estão disponíveis na website das Escolas Públicas de Fall River na <http://www.fallriverschools.org/frspstudent.cfm>.

DECLARAÇÃO

Eu li, compreendi e confirmo ter recebido os regulamentos do K-12 Google Apps para a educação.

_____ dou permissão para que o meu filho/a para possuir uma conta do @frpsstudent.org Google Apps.

Nome do aluno: _____HR _____

Assinatura dum Pai ou Tutor: _____

Aluno:

Eu concordo em obedecer às regras citadas acima no uso da minha conta do @frpsstudent.org Google Apps.

Assinatura do aluno: _____

Se tiver alguma pergunta ou dúvida, por favor sinta-se à vontade e chame para Frank Farias, Google Apps Administrator, no 508-675-8420, ext 444, ou envie email para ffarias@fallriverschools.org

DISTRITO ESCOLAR DE FALL RIVER

“A Cidade das Bolsas de Estudo

Matrícula de Alunos e Centro de Informação Aos Pais -360 Elsbree Street, Fall River, MA 02720

Meg Mayo-Brown, Superintendent

Nova Matrícula de Alunos CONTACTO DE INFORMAÇÃO PARA ALUNOS

Os alunos só sairão da escola na companhia das pessoas cuja identificação e informação apropriada se encontra na folha de contacto do aluno. Por favor avise a escola de qualquer alteração ocorrida durante o ano escolar na informação de contacto do aluno. Obrigado.

Assinatura dos Pais/Tutor _____ Data _____

***NOME DO ALUNO** _____ **DDN** _____ **Data** _____

Pai/Tutor#1 _____ **Parentesco** _____ **# de Prioridade** _____

Sim Não Este contacto é também para outro aluno (presente ou antigo) das FRPS?

Sim Não Este contacto é também um membro de gestão ou aluno (activo ou de à 5 anos) das FRPS?

Endereço _____ **Cidade, Estado, Código Postal** _____

Endereço de Correspondência _____ **Cidade, Estado, Código Postal** _____

Escreva O MESMO se a residência é a mesma do endereço de correspondência.

Telefone 01 _____ **Tipo** _____ **Telefone 02** _____ **Tipo** _____

Língua Materna _____ **E-Mail Endereço** _____

Sim Não Vive Com o Aluno? Sim Não Tem Custódia do Aluno? Sim Não Pode pegar o Aluno na escola?

Pai/Tutor #2 _____ **Parentesco** _____ **# de Prioridade** _____

Sim Não Este contacto é também para outro estudante (presente ou antigo) nas FRPS?

Sim Não Este contacto é também um membro de gestão ou estudante (activo ou de à 5 anos) das FRPS?

Endereço _____ **Cidade, Estado, Código Postal** _____

Endereço de Correspondência _____ **Cidade, Estado, Código Postal** _____

Escreve O MESMO se a residência é a mesma do endereço de correspondência.

Telefone 01 _____ **Tipo** _____ **Telefone 02** _____ **Tipo** _____

Língua Materna _____ **E-Mail** _____

Sim Não Vive Com o Aluno? Sim Não Tem Custódia do Aluno? Sim Não Pode pegar o Aluno na escola?

Codigos de # de prioridade para Emergencia

0=Pais/Tutores

1= Memberos de Familia

2= Vizinhos/Amigos

3= Outros

Mais Contactos de Informação

Contacto _____ **Parentesco** _____ **# de Prioridade** _____

Sim Não Este contacto é também para outro aluno (presente ou antigo) nas FRPS?

Sim Não *Este contacto é também um membro de gestão ou aluno (activo ou de à 5 anos) das FRPS?*

Endereço _____ **Cidade, Estado, Código Postal** _____

Endereço de Correspondência _____ **Cidade, Estado, Código Postal** _____

Escreva O MESMO se a residência é a mesma do endereço de correspondência.

Telefone 01 _____ **Tipo** _____ **Telefone 02** _____ **Tipo** _____

E-Mail Endereço _____

Língua Materna _____ **E-Mail** _____

Sim Não Vive Com o Aluno? Sim Não *Tem Custódia do Aluno?* Sim Não Pode pegar o Aluno na escola?

Contacto _____ **Parentesco** _____ **# de Prioridade** _____

Sim Não Este contacto é também para outro aluno (presente ou antigo) nas FRPS?

Sim Não *Este contacto é também um membro de gestão ou aluno (activo ou de à 5 anos) das FRPS?*

Endereço _____ **Cidade, Estado, Código Postal** _____

Endereço de Correspondência _____ **Cidade, Estado, Código Postal** _____

Escreva O MESMO se a residência é a mesma do endereço de correspondência.

Telefone 01 _____ **Tipo** _____ **Telefone 02** _____ **Tipo** _____

E-Mail Endereço _____

Língua Materna _____ **E-Mail** _____

Sim Não Vive Com o Aluno? Sim Não *Tem Custódia do Aluno?* Sim Não Pode pegar o Aluno na escola?

Contacto _____ **Parentesco** _____ **# de Prioridade** _____

Sim Não Este contacto é também para outro aluno (presente ou antigo) nas FRPS?

Sim Não *Este contacto é também um membro de gestão ou aluno (activo ou de à 5 anos) das FRPS?*

Endereço _____ **Cidade, Estado, Código Postal** _____

Endereço de Correspondência _____ **Cidade, Estado, Código Postal** _____

Escreva O MESMO se a residência é a mesma do endereço de correspondência.

Telefone 01 _____ **Tipo** _____ **Telefone 02** _____ **Tipo** _____

E-Mail Endereço _____

Língua Materna _____

FALL RIVER PUBLIC SCHOOLS

"The Scholarship City"

417 Rock Street, Fall River, MA 02720

LEVANTAMENTO DA LÍNGUA MATERNA

Caros Pais ou Tutores: Para podermos ajudar no sucesso escolar do vosso filho/a, pedimos o favor de responderem às seguintes perguntas, um formulário para cada criança da sua família. A vossa informação ajudar-nos-à a desenvolver o melhor plano de educação possível para o vosso filho/a.

Nome do Aluno (Último) _____ (Primeiro) _____ (IM) _____

Data de Nascimento _____ Sexo: ___ M ___ F Grau _____

Lugar de Nascimento _____ Se não foi nos E.U, data de entrada nos E.U. _____

Escola Presente e Prévia _____ Primeira data de entrada nas Escolas dos E.U. _____

1. Qual foi a primeira língua que o seu filho/a compreendeu ou falou? _____

2. Qual é a língua mais falada em casa quando comunica com o seu filho/a? _____

3. Qual é a língua que o seu filho/a mais usa em casa com você? _____

4. Qual é a língua que o seu filho/a mais usa quando fala com outros membros da família? _____

5. Qual é a língua que o seu filho/a mais usa quando fala com os amigos? _____

6. Qual é a língua(s) que o seu filho/a lê? _____

7. Qual é a língua(s) que o seu filho/a usa na escrita? _____

8. Com que idade o seu filho/a deu entrada na escola? _____

9. O seu filho/a tem frequentado a escola todos os anos apartir dessa data? Sim _____ Não _____

Se não, por favor explique:

10. Prefere que toda a comunicação escolar lhe seja dada em Inglês ou na sua língua materna?

Por favor especifique a língua preferida: _____

Assinatura dos Pais/Tutor _____

Data _____

Resultados da Avaliação do Aluno em Competência de Inglês e Recomendações de Colocação

W-APT Nível Resultante da Avaliação de Competência

1. Nível Sintético de Competência

2. Grau Adoptado ao Nível Sintético de Competencia

Mass Nível - Colocação Recomendação

L1 ___ Principiante L2 ___ No Começo de Intermediante

L3 ___ Intermediante L4 ___ Transitando

DISTRITO ESCOLAR DE FALL RIVER DE FALL RIVER

“A Cidade das Bolsas de Estudo”

Matrícula de Alunos & Centro de Informação Aos Pais – 360 Elsbree Street, Fall River, MA 02720

Meg Mayo-Brown, Superintendent das Escolas

CERTIFICADO DE RESIDÊNCIA

O Comité de Fall River determina que:

“todas as crianças matriculadas, e que frequentam as Escolas Públicas de Fall River pagas pela cidade devem ser residentes permanentes da cidade de Fall River. Esta lei assegura igualdade de oportunidade sem discriminação a raça, cor, religião, nacionalidade, sexo ou deficiência” a cada criança

1. Eu compreendo que _____ deve ser residente da cidade de Fall River.

(nome do aluno)

2. Eu certifico que _____ reside comigo na seguinte morada:

(nome do aluno)

3. Eu certifico que sou residente legal de Fall River. (Prova de residência incluída)

4. Eu sou Não sou

(nome do aluno)

Se é Tutor do aluno, por favor presente documentação legal. .

5. Certifico que esta residência não foi adquirida somente por razão de conveniência para que o aluno possa frequentar as Escolas de Fall River.

Descreva a razão (s) da sua presente situação de residência. (Se esta sua situação de residência é resultado de separação ou divórcio, por favor apresente documento que evidencie custódia).

Eu li e compreendi que a matrícula da criança acima mencionada no Distrito Escolar de Fall River está sujeita às condições impostas na Apólice da Residência. Eu também compreendo que a violação desta apólice poderá resultar na terminação da matrícula e de vir a ser responsável pelo pagamento da devida propina.

Afirmo, debaixo do perjúrios e penalidades, que toda a informação providenciada acima é correcta e verdadeira..

(Assinatura Encarregado de Educação, Avós, Pais Adotivos, outro Membro de Família ou residente de Fall River) Data

(Assinatura dos Pais)

Data

Distrito ESCOLAR DE FALL RIVER

QUESTIONÁRIO DE ENTRADA PARA A PRÉ-PRIMÁRIA/JARDIM ESCOLA

(para ser preenchido pelos pais ou encarregados de educação)

Data: _____

Nome Completo do aluno _____

Este questionário foi desenhado com a finalidade de nos ajudar a ter uma imagem melhor de seu filho/a em relação às suas capacidades de aptidão e comportamento para que possamos satisfazer as suas necessidades nas classes Pré-Primaria e Jardim Escola.

Data de Nascimento _____ Lugar de Nascimento (Cidade, Estado, País) _____

FAMÍLIA

1. Quem está a preencher este questionário? Mãe _____ Pai _____ Outro _____

2. Endereço _____ Telefone _____

3. O aluno vive com um dos pais _____ com os dois _____ outro _____

4. Pai:

Profissão _____

Data de Nascimento _____ Lugar de Nascimento _____

Último ano escolar que completou _____

5. Mãe:

Profissão _____

Data de Nascimento _____ Lugar de Nascimento _____

Último ano escolar que completou _____

6. Outras línguas faladas em casa (quais) _____

7. Outras crianças vivendo na mesma casa:

Nome: _____ sexo _____ Data de nascimento _____ ano _____

Nome: _____ sexo _____ Data de nascimento _____ ano _____

Nome: _____ sexo _____ Data de nascimento _____ ano _____

Nome: _____ sexo _____ Data de nascimento _____ ano _____

Nome: _____ sexo _____ Data de nascimento _____ ano _____

Nome: _____ sexo _____ Data de nascimento _____ ano _____

SAÚDE:

Indique colocando uma marca (✓) nas áreas que se aplicam ao seu filho/a. e faça um breve comentário:

- | | |
|---|--|
| a. cansa-se facilmente _____ | o. alergias (asma, eczema) _____ |
| b. necessita de pouco sono _____ | p. extremamente activo _____ |
| c. calado, letárgico _____ | q. lesões sofridas ao nascimento _____ |
| d. constipa frequentemente _____ | r. dores de cabeça _____ |
| e. urina na cama _____ | s. prematuro _____ |
| f. Obra na cama _____ | t. pouco apetite _____ |
| g. infecções de ouvidos _____ | |
| h. Algumas alergias na família? _____ | |
| i. Alguém com diabétes na família? _____ | |
| j. Medicamentos: Quais? _____ | Para quê? _____ |
| k. Hospitalização: Idade? _____ | Razão? _____ |
| l. Convulsões: Idade? _____ | Razão? _____ |
| m. Acidentes: Idade? _____ | Razão? _____ |
| n. Defeitos físicos (olhos, ouvidos, outros): Comentário: _____ | |

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Idade em que a criança começou a :

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. Sentar-se _____ | 5. Falar _____ |
| 2. Andar _____ | 6. Brincar com brinquedos _____ |
| 3. Seguir objectos com os olhos _____ | 7. Vestir-se _____ |
| 4. A imitar a fala _____ | 8. Ir por si ao quarto de banho durante o dia _____ |

DESENVOLVIMENTO SOCIAL E EMOCIONAL

Indique, colocando uma marca(✓) nas áreas que se aplicam ao seu filho/a e comente brevemente:

- | | | |
|--|---|------------------------------|
| Tem confiança em si próprio _____ | Roi as unhas _____ | partilha facilmente _____ |
| Distraído (devaneios) _____ | Chupa no dedo _____ | Tem pesadelos _____ |
| É mal humorado _____ | Chora facilmente _____ | Temperamento explosivo _____ |
| Tem muitos amigos _____ | Prefere brincar sozinho _____ | |
| Participa nas actividades em grupo _____ | Não desiste duma tarefa que começou _____ | |
| Recorre à mãe perante situações novas _____ | Tem uma disposição boa e calma _____ | |
| Sente-se motivado em experimentar uma coisa nova _____ | | |

Commentários: _____

DESENVOLVIMENTO DE LÍNGUA

1. Presentemente como classifica a fala do seu filho : Por favor indique com uma marca (✓)
Hesitações frequentes _____ Repetições frequentes _____
Fala como um bebé _____ Balbucia _____ Exprime-se com clareza _____
Alguém que não está habituado como o seu filho/a compreende o que ele/ela diz? _____
2. Sabe se o seu filho/a tem alguma dificuldade na fala? Sim _____ Não _____
3. Quais os membros da sua família que têm dificuldade com:
a fala _____
a leitura _____
a soletração (em ditado) _____
a aritmética _____

DESENVOLVIMENTO DE MOBILIDADE

1. Começou a andar com facilidade e sem ajuda aos _____
2. Coordenação: Por favor indique com uma marca (✓)
Pode pular _____ Poder saltar _____ Pode correr aos saltitos _____ Pode equilibrar-se num só pé _____
Pode usar bem uma tesoura _____ Pode segurar bem um lápis ou um lápis de cor _____

DOMINÂNCIA

1. Usa mais uma mão do que a outra? _____ Qual delas? _____

APTIDÕES

- | | | |
|--|--|--|
| 1. Sabe: Marque apenas a o que se aplica
o seu endereço _____
os números de telefone _____
pequenas mensagens _____ | 3. Demonstra imaginação:
no contar histórias _____
no desenho _____
no construção _____
em jogos _____
outros _____ | 4. Pode reconhecer:
o alfabeto _____
as cores _____
os números _____
palavaras nos rótulos _____ |
| 2. Pode escrever o seu nome
em letra de imprensa _____ | | 5. As suas actividaes favoritas são:

_____ |

EXPERIÊNCIA ESCOLAR PRÉVIA

SIM _____ NÃO _____

Onde? (Nome da escola, cidade, país)

Datas _____

Podemos contactar a escola? SIM _____ NÃO _____

Nome do médico da criança _____ Data da ultima examinação (consulta) _____

Qualquer outra informação que pensa poder facilitar a adaptação do seu filho/a na escola:

POR FAVOR: Devolva este formulário ao centro de matrículas

Assinatura do Pai ou Encarregado de Educação _____

DISTRITO ESCOLAR DE FALL RIVER

“A Cidades das Bolsas de Estudo”

Matrícula de Alunos e Centro de Informação aos Pais – 360 Elsbree Street, Fall River, MA 02720

Meg Mayo-Brown, Superintendent

Barbara Allard, Director

POR FAVOR PREENCHA OS ESPAÇOS EM BRANCO ABAIXO:

Nome Completo do Aluno: _____ Telefone _____

Endereço _____

Data de Nascimento: Ano _____ Mês _____ Dia _____ Cidade de Nascimento _____

Nome do Pai _____ Profissão _____

Nome da Mãe _____ Profissão _____

Onde Nasceu o Pai _____ Onde Nasceu a Mãe _____

De Irmãs: Mais Velhas _____ Mais Novas _____ # De Irmãos: Mais Velhos _____ Mais Novos _____

Atenção: Os seguintes certificados devem ser apresentados no Centro de Informação no momento da matrícula

Certificado de Nascimento _____ Certificado de Tuberculose _____

Certificado de Vacina da Difetéria _____ Certificado da Vacina do Pólio _____

Certificado de Vacina do Sarampo _____ Certificado de Rubéola _____

Certificado de Vacina da Papeira _____ Exame do Chumbo _____

Hib _____ Hepatite B _____

Varicela _____ 2nd dose de MMR _____

Língua Materna _____ Funcionário/a de Matrícula _____

Data do último Exame Médico _____ Entregou o formulário _____

Data _____

Telefone: 508-567-8421 Fax: 508-675-8488

DISTRITO ESCOLAR DE FALL RIVER
INFORMAÇÃO SOBRE A SAÚDE DO ALUNO

Por favor complete a seguinte informação abaixo e devolva à escola imediatamente.

Escola: _____ Ano: _____ Aula: _____

Nome do aluno: _____
Sobrenome _____ Segundo _____ Nome Próprio _____

Endereço: _____ Tele. De Casa: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Idioma Falado em Casa: _____

O seu filho/a tem seguro de saúde: Sim _____ Não _____

Se a resposta é sim, qual é o nome da companhia de seguros? _____

Se não tem seguro, o estado de Mass. tem seguros para crianças que não são muito caros (existem algumas restrições).
Por favor entre em contacto com a enfermeira escolar para mais informação sobre estes programas. Toda a
informação é confidencial.

Mãe/ Tutora / Outra: _____

Pai/ Tutor / Outro: _____

Nome e Data de Nascimento de irmãs/ irmãos que frequentam as Escolas Públicas de Fall River.

Nome	Data de Nascimento	Escola

Em caso de emergência a escola fará todo o possível para entrar em contacto com os pais antes de chamar o médico de família.
O seu filho/a será transportado numa ambulância para o hospital sómente se for necessário.

Nome do Médico: _____ **Tele:** _____

Nome do Dentista: _____ **Tele:** _____

Por favor mencione todos os medicamentos que a criança toma: _____

Se criança tiver de tomar medicamentos no escola, é necessário uma permissão por escrito do médico e pais. Aspirina e outros medicamentos sem receita não podem ser dados às crianças sem a permissão acima mencionada e os medicamentos serem fornecidos pelos pais. Por favor contacte a enfermeira da escola para a aquisição dos formulários necessários.

Por favor marque tudo que se aplica à sua criança:

Problemas de coração Diabetes Asma Ataques ADD/ADHD Migrainas Depressão

Outras (seja específico/a) _____

Alergias (comida, insectos, remédies, ambiente) (seja específico/a) _____

Problemas de Audição (especificar) Ouvido esquerdo _____ Ouvido direito _____ Auxiliar de Audição _____

Problemas de Vista (especificar) Usa óculos _____ Lentes de Contacto _____

O/a seu/sua filho/a pode fazer ginástica? Sim _____ Não _____ Se a resposta for não, explique

Dou autorização à enfremeira da escola para partilhar informações de saúde relacionadas com o meu filho/a às autoridades escolares, ao seu médico sempre que for necessário para bem assegurar a saúde dele/a.

Teste de Protecção Contra a Tuberculose em Crianças

Meio de Protecção recomendado pelo Medical Advisory Board of Massachusetts Committee para eliminar a Tuberculose nas crianças em idade escolar.

NOME DA CRIANÇA: _____

ENDEREÇO: _____

DATA DE NASCIMENTO _____ LUGAR DE NASCIMENTO _____

VIVEU OU PASSOU TEMPO COM ADULTOS QUE :

	SIM	NÃO
1. Não tivessem casa, vivessem na rua ou em albergues?	_____	_____
2. Tivessem Cida ou infectados com HIV?	_____	_____
3. Usassem droga sob a forma de injeção ou outras formas?	_____	_____
4. Vivessem em casas de correcção, instituições mentais ou casas de terceira idade?	_____	_____
5. Tivessem alguma vez teste positivo de tuberculose?	_____	_____
6. Doentes com tuberculose ou com teste positivo?	_____	_____
7. Nascesse num dos Países anotados no verso deste questionário?	_____	_____
8. Viajasse ou vivesse num dos Países anotados no verso deste questionário por um periodo de tempo superior a um mês?	_____	_____

A RESPOSTA SIM A QUALQUER PERGUNTA ACIMA –
Requer o teste de tuberculose ou prova de tuberculose negativa
ou ainda uma nota do médico.

ALTO RISCO

A RESPOSTA NÃO A QUALQUER PERGUNTA ACIMA –
É considerado baixo risco e é desnecessário o teste de tuberculose.

BAIXO RISCO

ASSINATURA DOS PAIS/TUTORES: _____

DATA: _____

**Massachusetts Department of Public Health
Bureau of Infectious Disease Prevention, Response and services
Division of Tuberculosis Prevention and Control**

The non-U.S. born (defined as persons born outside the United States and its territories) remains the group at highest risk for TB disease in Massachusetts. Of the 261 cases reported in 2008, 215 (82%) occurred in the non-U.S. born (outside of the United States).

Countries with High Rates of Tubercule (TB)

TB Endemic Countries

Afghanistan	Djibouti	Madagascar	Russia Federation
Algeria	Dominican Republic	Malawi	Rwanda
Angola	DPR No. Korea	Malaysia	Sao Tome & Principe
Armenia	DR Congo	Mali	Saudi Arabia
Azerbaijan	Ecuador	Marshall Islands	Senegal
Bahamas	El Salvador	Mauritania	Seychelles
Bahrain	Equatorial Guinea	Mauritius	Sierra Leone
Bangladesh	Eritrea	Mexico	Solomon Island
Belarus	Ethiopia	Micronesia	Somalia
Benin	Gabon	Mongolia	South Africa
Bhutan	Gambia	Morocco	Sri Lanka
Bolivia	Georgia	Mozambique	Sudan
Bosnia & Herzegovina	Ghana	Myanmar	Suriname
Botswana	Guatemala	Namibia	Swaziland
Brazil	Guinea	Nepal	Tajikistan
Brunei Darussalam	Guinea-Bissau	Nicaragua	Thailand
Burkina Faso	Guyana	Niger	Timor-Leste
Burundi	Haiti	Nigeria	Togo
Cambodia	Honduras	North Mariana Island	Turkmenistan
Cameroon	India	Pakistan	Tuvalu
Cape Verde	Indonesia	Palau	Uganda
Central African Republic	Iraq	Papua New Guinea	Ukraine
Chad	Kazakhstan	Paraguay	UR Tanzania
China	Kenya	Peru	Uzbekistan
China, Hong Kong SAR	Kiribati	Phillippines	Vanuatu
China Macao SAR	Kyrgyzstan	Poland	Vietnam
Colombia	Laos PDR	Portugal	Yemen
Comoros	Lativa	Qatar	Zambia
Congo	Lesotho	Rep.of S. Korea	Zimbabwe
Cote d'Ivoire	Liberia	Rep. of Moldova	
Croatia	Lithuania	Romania	

MASSACHUSETTS SCHOOL HEALTH RECORD

Health Care Provider's Examination

Name _____ Male Female Date of Birth: _____

Medical History

Pertinent Family History

Current Health Issues

Y N
 Allergies: Please list: Medications _____ Food _____ Other _____
History of Anaphylaxis to _____ Epi-Pen®: Yes No
 Asthma: Asthma Action Plan Yes No (Please attach)
 Diabetes: Type I Type II
 Seizure disorder: _____
 Other (Please specify) _____

Current Medications (if relevant to the student's health and safety) Please circle those administered in school; a separate medication order form is needed for each medication administered in school.

Physical Examination

Date of Examination: _____

Hgt: _____ (____%) Wgt: _____ (____%) BMI: _____ (____%) BP: _____
(Check = Normal / If abnormal, please describe.)

General _____ Lungs _____ Extremities _____
 Skin _____ Heart _____ Neurologic _____
 HEENT _____ Abdomen _____ Other _____
 Dental/Oral _____ Genitalia _____

Screening:

(Pass) (Fail)
Vision: Right Eye
Left Eye
Stereopsis

(Pass) (Fail)
Hearing: Right Ear
Left Ear

(Pass) (Fail)
Postural Screening:
(Scoliosis/Kyphosis/Lordosis)

The entire examination was normal:

Targeted TB Skin Testing: Med-to-High risk (exposure to TB; born, lived, travel to TB endemic countries; medical risk factors):

Date of PPD: ____; Results: ____ mm.

Referred for evaluation to: _____ Low risk (no PPD done)

This student has the following problems that may impact his/her educational experience:

Vision Hearing Speech/Language Fine/Gross Motor Deficit
 Emotional/Social Behavior Other

Comments/Recommendations:

Y N This student may participate fully in the school program, including physical education and competitive sports. If no, please list restrictions: _____

Y N Immunizations are complete: If no, give reason: Please attach Massachusetts Immunization Information System Certificate or other complete immunization record.

Signature of Examiner Circle: MD, DO, NP, PA Date _____

Please print name of Examiner. _____

Group Practice _____

Telephone _____

Address _____

City _____

State _____

Zip Code _____

Please attach additional information as needed for the health and safety of the student.

MDPH 01/04/06

Massachusetts Department of Public Health
CERTIFICATE OF IMMUNIZATION

Name: _____

Date of Birth: / /

Sex: female male

If combination vaccine is administered, please indicate vaccine type (e.g., DTaP-Hib, etc.)

Vaccine		Date/Vaccine Type	Vaccine		Date/Vaccine Type	
Hepatitis B (e.g., HepB, HepB-Hib, DTaP-HepB-IPV)	1		Haemophilus influenzae type b (e.g., Hib, HepB-Hib, DTaP-Hib)	1		
	2			2		
	3			3		
	4			4		
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (e.g., DTaP, DT, DTaP-Hib, DTaP-HepB-IPV, Td, Tdap)	1		Measles, Mumps, Rubella (MMR)	1		
	2			2		
	3		Varicella (Var)	1		
	4			2		
	5			Meningococcal Conjugate (MCV4) or or Polysaccharide (MPSV4)	1	
	6				2	
Polio (e.g., IPV, DTaP-HepB-IPV)	1		Hepatitis A (HepA)	1		
	2			2		
	3		Pneumococcal Polysaccharide (PPV23)	1		
	4			2		
	5			Influenza Inactivated (Intramuscular) or Live (Intranasal)	1	
		2				
Pneumococcal Conjugate (PCV7)	1		Other:	3		
	2					
	3					
	4					

Laboratory Results: Lead _____ Date _____ Other _____

Serologic Proof of Immunity		Check One	
Test (if done)	Date of Test	Positive	Negative
Measles	/ /		
Mumps	/ /		
Rubella	/ /		
Varicella*	/ /		
Hepatitis B	/ /		

* Must also check Chickenpox History box.

Chickenpox History	
<input type="checkbox"/>	Check the box if this person has a physician-certified reliable history of chickenpox.
Reliable history may be based on:	
<ul style="list-style-type: none"> • physician interpretation of parent/guardian description of chickenpox • physical diagnosis of chickenpox, or • serologic proof of immunity 	

I certify that this immunization information was transferred from the above-named individual's medical records.

Doctor or nurse's name (please print): _____

Date: / /

Signature: _____

Facility name: _____

Para completar o processo da matrícula for favor apresente o seguinte:

Certificado de Nascimento-Original

Certificado de Vacinas- Completo com o Exame do Chumbo (lead)

Último Exame Médico com a Assinatura do Médico

Prova de Residência dos Pais ou Tutores Como: Recibo de Pagamento da casa, Recibo de Renda, Recibo de gas, telefone ou elétrico.

***Como Pais,
A chave do sucesso escolar
dos vossos filhos depende do
vosso envolvimento na
educação deles***

“Preparado pelas Escolas publicas de Fall River- Matriculas e Centro de Informacao para Pais”