

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



2010-2011

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. _____

Voê 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 benefícios 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

NÃO ESCREVA ABAIXO DESTA LINHA (SÔMENTE PARA O ESCRITÓRIO)

Effective Date: _____

Waiting List: _____

Transportation: Bus # _____ Route: _____

**Date Letter Sent: _____

School Assigned: Name: _____

Code: _____

District School: Name: _____

Code: _____

Formulário de Matrícula Preferência de Escolas em Fall River

Nome Próprio _____

Segundo Nome _____

Sobrenome _____

Vive com _____

(pais, mãe, pai,...etc)

Pais/Tutor _____

(Nome Completo)

Sexo M F

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

Ano de Escolaridade _____

Telefone de Casa _____

Telefone de Emergência _____

Língua Materna _____

Endereço _____

Cidade **Fall River** _____

Estado **MA** _____

Código Postal _____

Distrito **Bristol** _____

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

Cidade onde nasceu o aluno _____

Os Pais trabalham para o sistema SIM _____ NÃO _____

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

Escolar de Fall River

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 .

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?

Códigos de # de Prioridade para Emergência

0 = Pais/Tutores

1 = Membros de Família

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 _____

Códigos de # de Prioridade para Emergência

0 = Pais/Tutores

1 = Membros de Família

2 = Vizinhos/Amigos

3 = Outros

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	Mass Nível - Colocação Recomendação
1. Nível Sintético de Competência <input type="text"/>	L1 ___ Prncipiante L2 ___ No Começo de Intermediante
2. Grau Adoptado ao Nível Sintético de Competencia <input type="text"/>	L3 ___ Intermediante L4 ___ Transitando
	L5 ___ Não LEP (Reclassificação Recomendada)

DISTRITO ESCOLAR DE FALLRIVER 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 sómente 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 _____ Expressa-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 _____
palavras nos rótulos _____
2. Pode escrever o seu nome em letra de imprensa _____
5. As suas actividades 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 última 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

Diane Gouveia, 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 Rubeola _____

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.

Assinatura _____

Data _____