



ASHLAND
PUBLIC SCHOOLS

REGISTRO DE NOVO ALUNO

Lista de verificação do cuidador

Nome do aluno: _____

FORMULÁRIOS NECESSÁRIOS

Todos os formulários obrigatórios devem ser preenchidos e assinados:

- 1. Formulário de Informações do Aluno e Família
- 2. Formulário de Emergência de Saúde
- 3. Formulário de histórico de saúde
- 4. Pesquisa de idioma local
- 5. Formulário de Liberação de Registros do Aluno

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.
 - Alunos com documentação de imunização incompleta têm até 1º de outubro ou dentro de 30 dias após o início da escola para concluir as imunizações ou serão excluídos da escola.
- Cópia do exame físico concluído até 12 meses antes do primeiro dia de aula ou consulta médica para exame físico
 - A documentação 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.

DOCUMENTAÇÃO E FORMULÁRIOS ADICIONAIS

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

- Triagem de chumbo para alunos pré-K
- Triagem de chumbo e de visão para alunos do jardim de infância
- Documentos de tutela ou declaração juramentada de autorização de responsável notariada
- Declaração Juramentada de Residência
- Cópia do Programa de Educação Individualizada do Aluno (IEP)
- Cópia do Plano 504 do Aluno
- Histórico de aprendizado em Inglês do estudante
- Pontuações WIDA ACCESS
- Transcrições
- Formulário de transporte de ônibus
- Formulário de Solicitação de Almoço Gratuito e Reduzido

PROCESSO DE REGISTRO

Quando cada pacote de registro for concluído, envie-o por e-mail para a Registradora Central Lila Boutaghou em registration@ashland.k12.ma.us.

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

INFORMAÇÕES DO ALUNO			
Primeiro nome		Nome do meio	
		Sobrenome	
Endereço 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"/> Fêmea <input type="checkbox"/> não binário	Data de inscrição:
Entrando na Escola:	Nota de entrada:	Última série concluída:	
Escola anterior:			
Endereço da escola anterior:			

INFORMAÇÕES DOS PAIS/RESPONSÁVEIS	
Responsável #1	Responsável #2
Nome:	Nome:
Endereço:	Endereço:
Telefone principal:	Telefone principal:
Telefone Alternativo:	Telefone Alternativo:
Email:	Email:
Militar Ativo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Militar Ativo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

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 <u>Lei McKinney-Vento</u> .			
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?			
<input type="checkbox"/> Com você na residência de um familiar, amigo ou conhecido <input type="checkbox"/> Em um local não projetado para acomodações comuns para dormir (por exemplo, carro, parque, acampamento, porão, andar, sala de estar) <input type="checkbox"/> Em um abrigo <input type="checkbox"/> Em um motel/hotel <input type="checkbox"/> Movendo-se de um lugar para outro			

DEMOGRAFIA DO ALUNO	
O Departamento de Educação de Massachusetts exige que os distritos colem os seguintes dados demográficos para cada aluno.	
ETNIA	
O aluno é hispânico ou latino? <i>Selecione apenas um.</i>	
<input type="checkbox"/> Não, o aluno não é hispânico ou latino. <input type="checkbox"/> 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 originais 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

Nome do aluno:

Data de nascimento:

Os requisitos de saúde exigidos pelo estado incluem o seguinte: Exames físicos são exigidos nas séries PK, K, 4, 7 e 10. A triagem da visão ocorre anualmente nas séries PK, K-5, 7 e 10. A triagem auditiva ocorre anualmente nas séries PK, K-3, 7 e 10. A triagem postural ocorre anualmente nas séries 5 a 9. A triagem do Índice de Massa Corporal (IMC) ocorre anualmente nas 1ª, 4ª, 7ª e 10ª séries. A triagem SBIRT (Triagem, Intervenção Breve e Encaminhamento para Tratamento) ocorre anualmente nas 7ª e 9ª séries.

Os pais que optarem por dispensar os exames Postural, IMC ou SBIRT devem enviar um pedido por escrito à enfermeira da escola.

INFORMAÇÕES PARA CONTATO DE EMERGÊNCIA	
Contato nº 1	Contato nº 2
Nome:	Nome:
Telefone principal:	Telefone principal:
Telefone Alternativo:	Telefone Alternativo:
Relação com o Aluno:	Relação com o Aluno:

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

Seu filho tem permissão para receber Tylenol, Ibuprofeno, TUMS, 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

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.

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nascimento de um irmão | <input type="checkbox"/> Mudança de estado civil | <input type="checkbox"/> Mudança de moradia | <input type="checkbox"/> implantação militar |
| <input type="checkbox"/> Morte recente | <input type="checkbox"/> doença familiar | <input type="checkbox"/> Mudança de emprego | <input type="checkbox"/> De outros: |

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.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infecções de ouvido (frequentes) | <input type="checkbox"/> doença de Lyme | <input type="checkbox"/> Pneumonia |
| <input type="checkbox"/> Encefalite | <input type="checkbox"/> Meningite | <input type="checkbox"/> Infecções estreptocócicas (frequentes) |
| <input type="checkbox"/> Febres altas | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Tuberculose |

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

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



INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

HISTÓRICO DE SAÚDE DO ALUNO

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

Os regulamentos do Departamento de Educação Primária e Secundária de Massachusetts exigem que todas as escolas determinam 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 (mm/dd/aaaa)

Data da primeira matrícula em QUALQUER escola dos EUA

Informações Escolares

/ /20

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 entendeu e falou primeiro?	
4.	Que língua 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"/> As vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Sempre	
	Idioma nº 2: _____ Frequência: <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> As vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Sempre	
6.	Quais idiomas seu filho usa? Com que frequência?	
	Idioma nº 1: _____ Frequência: <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> As vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Sempre	
	Idioma nº 2: _____ Frequência: <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> As vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Sempre	
7.	Você exigirá informações por escrito da escola em seu idioma nativo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Se sim, em que idioma?	
8.	Você vai precisar de um intérprete/tradutor nas reuniões de pais e professores?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Se sim, em que idioma?	

Assinatura do Pai/Responsável

Data



INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

LANÇAMENTO DE REGISTROS

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 dos Pais ou Responsáveis _____

Data _____

Nome do aluno: _____

Data de nascimento: _____

Morada atual: _____

Nome da escola anterior ou nova: _____

Nível de ensino: _____

Endereço escolar: _____

Cidade, Estado e CEP: _____

Número de telefone: _____

Número de fax: _____

FOR SCHOOL USE ONLY

School records must be requested from or submitted to:

School	Address	Fax	Email
📍 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 St.	508-881-0148	Donna Lowell dlowell@ashland.k12.ma.us

Special education records must be requested from or submitted to:

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