

Sumário das Modificações

Adições e Revisões

Formulários:

Formulário de Autorização à Mídia
Lei de Direitos Educacionais e Privacidade da Família (FERPA)
Formulário de Exclusão da Lei Every Student Succeeds Act (ESSA)
Formulário de Isenção das Aulas de Vida Familiar/Sexualidade Humana
Folheto Informativo sobre Questão de Segurança
Folheto Informativo sobre a Política de Preços de Refeições Escolares
Pesquisa de Opinião dos Pais sobre Caminhar ou Ir de Bicicleta para a Escola
Questionário sobre Moradia Estudantil

Adições, Revisões e Esclarecimento de Linguagem Referente a:

Seção I – Direitos e Responsabilidades
Seção I – Ausências Justificadas
Seção II – Respeito por Pessoas e Propriedade
Seção II – Incidentes de Desordem
Seção II – Abuso de Substâncias/Incidentes com Drogas
Seção II – Atos Contra Pessoas
Seção II – Conduta Inaceitável no Ônibus Escolar que Resulta em Medida Disciplinar
Seção II – Programa de Bolsa de Estudo Hope
Seção V – Direitos e Responsabilidades
Seção VI – Liberdade de Expressão do Estudante e Distribuição de Materiais
Seção VIII – Aviso da Lei de Direitos Educacionais e Privacidade da Família (FERPA)
Seção VIII – Emendas da Proteção dos Direitos do Aluno (Aviso PPRA)
Seção VIII – Aviso da Lei de Portabilidade de Seguro de Saúde e Responsabilidade (HIPAA)
Seção IX – Tolerância Zero
Seção IX – Prevenção de Reincidência através de Oportunidades, Orientações, Intervenções, Apoios e Educação (PROMISE)
Seção IX – Medicamentos: Uso, Posse, Venda e/ou Transmissão que Resulta em Suspensão e Possível Expulsão
Seção IX – Ofensas de Abuso de Drogas e Substâncias que Resultam em Suspensão e Possível Expulsão
Seção IX – Outras Ofensas (Ofensas Não Relacionadas ao Abuso de Drogas ou de Substâncias) que Resultam em Suspensão e Possível Expulsão
Seção IX – Expulsão Obrigatória
Seção IX – Programa de Reabilitação (Workback)
Seção IX – Expulsão Fora do Distrito e Outras Medidas
Seção IX – Outras Definições desta Política
Apêndice – Matrizes Disciplinares para K-2ª; 3ª-5ª; 6ª-8ª e 9ª-12ª séries

A Política 5.8 do Código de Conduta do Estudante estabelece as políticas do Distrito para os alunos das Escolas Públicas do Condado de Broward. As regras se aplicam a todas as atividades que ocorrem em dependências escolares, em outros locais sendo usados para atividades escolares, e em todos os veículos autorizados a transportar estudantes. A sua assinatura abaixo não indica que você concorda ou discorda das regras, **mas apenas que você examinou a cópia eletrônica destas regras** (<http://www.browardschools.com/codeofconduct>). Entregue este formulário à escola no prazo de 3 dias a partir do primeiro dia de aula, ou da data de matrícula. Se preferir completar todos os formulários necessários por via eletrônica, acesse o Kit de Ferramentas de Volta às Aulas (<http://www.browardschools.com/backtoschool>).

Os pais precisam estar envolvidos na educação de seus filhos e têm a responsabilidade de:

- Saber que, por questões de segurança, não é da responsabilidade das escolas fornecer supervisão além dos 30 minutos anteriores ao horário oficial de início de aula, e nem fornecer supervisão além dos 30 minutos após o horário oficial de conclusão de aulas (F.S. 1003.31 (2)).
- Saber que, por questões de segurança, no caso de alunos que utilizam o serviço de ônibus escolar, os motoristas estão autorizados a deixar os estudantes descer do ônibus SOMENTE em suas paradas designadas.
- Fornecer à escola os nomes dos contatos de emergência e/ou números de telefone atualizados, anualmente ou se houver mudanças.
- Comunicar à escola qualquer fato que possa afetar a habilidade de aprendizagem do aluno, de frequentar a escola regularmente, ou de tomar parte em atividades escolares.
- Estar cientes de que as medicações devem ser administradas de acordo com as Políticas SB 6305 e 6305.1, conforme emenda, e que as consequências da repassagem e/ou venda ou tentativa de venda de medicamentos de venda livre, e a posse e/ou uso de medicamentos não autorizados estão descritas na Política SB 5006. A Política SB 6305 descreve as regras referentes ao medicamentos de venda livre ou de prescrição médica e a Política SB 5006 descreve as consequências das violações destas regras. As políticas completas sobre saúde e suspensão e/ou expulsão, bem como todas as políticas do Conselho Escolar, podem ser acessadas no site: www.Broward.k12.fl.us/sbbcpolicies.
- Estar cientes de que os pais têm direitos com relação à privacidade e sigilo dos registros estudantis que são mantidos pelas escolas, conforme definido na Seção VIII deste livreto.
- Estar cientes de que nem o Conselho Escolar, nem seus funcionários, serão responsabilizados por itens proibidos que são perdidos, roubados ou confiscados; ou por dispositivos de comunicação sem fio ou outros itens de tecnologia pessoal que são perdidos, roubados ou confiscados.
- Estar cientes de que itens confiscados que não são retirados até o final do ano letivo serão doados a instituições de caridade locais.
- Reconhecer que são responsáveis pela conduta de seus filhos no caminho de ida e de volta da escola e nas paradas de ônibus. A existência de um ambiente de aprendizagem seguro e respeitoso é essencial para o bom desempenho acadêmico; por esta razão, qualquer conduta do estudante fora do campus escolar, que afete seriamente a sua habilidade de aprendizagem, ou a habilidade do membro da equipe escolar de ensinar, pode ser considerada uma ofensa disciplinária. Em casos de incidentes graves que ocorrem em paradas de ônibus e/ou em propriedades não pertencentes ao Conselho Escolar, os pais devem entrar em contato direto com a polícia. Em casos de ocorrências de intimidação (ver definição de bullying na Seção II), as autoridades escolares devem ser informadas, as quais irão investigar e/ou fornecer assistência e intervenção, conforme o diretor/representante decidir apropriado, o que pode incluir o envolvimento do policial da escola (School Resource Officer).
- Certificar-se de que seus filhos sigam o uso legal, ético e responsável de tecnologia, incluindo redes, recursos digitais, internet e programas de software, conforme definido na Seção IV deste livreto.
- Os pais continuarão a ter responsabilidade sobre alunos que atingem a idade de maioridade (18 anos de idade ou mais), para todos os fins educacionais e disciplinares, com certas exceções estipuladas pelo estatuto.

Nota: As opções selecionadas pelos pais em cada formulário do Código de Conduta do Estudante ficarão em vigor até que um novo formulário seja apresentado.

Nome do Estudante (letra de forma)

Assinatura do Estudante

Nome do Pai/Responsável (letra de forma)

Assinatura do Pai/Responsável

Data

Termo de Autorização à Mídia do Ano Letivo de 2019/2020 (Todas as Séries)

Como pai de um aluno das Escolas Públicas do Condado de Broward, estou ciente de que meu filho pode ser fotografado, filmado ou entrevistado pela mídia jornalística ou pelo Distrito Escolar para fins informativos e/ou promocionais. Entendo que as fotografias e entrevistas podem ser usadas no website do Distrito, em publicações do Distrito Escolar, em publicações externas e na mídia eletrônica, conforme indicado abaixo.

Escolha uma Opção tanto na Seção A como na Seção B

(Se nenhuma opção for selecionada em ambas as seções, a escolha pré-determinada será a Opção nº1)

Seção A - Mídia/Comunicações Externas

Favor Assinalar a Opção nº 1 ou a Opção nº 2

1. ____ **PERMITIREI** que meu filho seja fotografado, filmado e/ou entrevistado pela mídia, se a mídia jornalística obtiver a devida autorização das Escolas Públicas do Condado de Broward.
2. ____ **NÃO PERMITIREI** que meu filho seja fotografado, filmado e/ou entrevistado pela mídia.

Seção B - Escolas Públicas do Condado de Broward

Favor Assinalar a Opção nº 1 ou a Opção nº 2

1. ____ **PERMITIREI** que meu filho seja fotografado, filmado e/ou entrevistado para publicações escolares, tais como anuários, jornais escolares, retratos de classe, websites da escola e/ou do Distrito, mídia social, BECON TV, ou outros meios de comunicação utilizados pelas Escolas Públicas do Condado de Broward ou seus fornecedores aprovados. Entendo que possa ser necessário que o Distrito divulgue estas informações, caso solicitadas pela mídia ou por outros membros do público (por exemplo, requisições de registros públicos). **Nota: o nome do estudante, o nome do professor e o número da sala de aula podem ser divulgados para facilitar as publicações escolares.**
2. ____ **NÃO PERMITIREI** que meu filho seja fotografado, filmado e/ou entrevistado para publicações escolares, tais como anuários, jornais escolares, retratos de classe, websites da escola e/ou do Distrito, mídia social, BECON TV, ou outros meios de comunicação utilizados pelas Escolas Públicas do Condado de Broward ou seus fornecedores aprovados.

Nome do Estudante (letra de forma)

Assinatura do Estudante

Data

Nome do Pai/Responsável (letra de forma)

Assinatura do Pai/Responsável

Data

Formulário de Exclusão da FERPA do Ano Letivo de 2019/2020 (Todas as Séries)

ATENÇÃO! A seleção de quaisquer itens abaixo impedirá que as informações selecionadas apareçam em publicações escolares, incluindo o anuário, entre outras, mesmo se você fornecer autorização na Seção B do Termo de Autorização à Mídia.

Por exemplo: A seleção do item abaixo "Nome do Estudante" vai impedir que a fotografia do estudante apareça no anuário.

PROPÓSITOS DE DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE DIRETÓRIO

"Informação de Diretório" é uma informação de identificação pessoal que normalmente não seria considerada prejudicial ou uma invasão de privacidade se divulgada. Em conformidade com a FERPA (Lei de Direitos Educacionais e Privacidade da Família), o SBBC pode divulgar, a seu critério, informações de diretório de um aluno de qualquer nível escolar, se os pais ou o estudante maior de 18 anos de idade não solicitarem exclusão de divulgação. O SBBC se reserva o direito de divulgar Informações de Diretório somente para:

- faculdades, universidades ou outras instituições de ensino superior em que o estudante esteja matriculado, tenha interesse em se matricular ou possa ser recrutado;
- eventos esportivos, publicações escolares, materiais didáticos e outros meios de comunicação da escola (incluindo, entre outros, anuários, programas esportivos, programas de graduação, folhetos de recrutamento, programas de teatro, websites de escolas e do Distrito, mídia social e publicações e cartazes disseminados na escola);
- autoridades de saúde do Condado de Broward, para fins de comunicação com os pais para tratar de condições importantes de saúde pública, conforme determinado pelo Departamento de Saúde da Flórida (64D-3, F.A.C.), incluindo informações para lidar ou se preparar para uma possível ou confirmada ameaça à saúde pública; e/ou
- comitês de reunião de classe (e similares) para fins de programação de reunião de classe.

TIPOS DE INFORMAÇÕES DE DIRETÓRIO

Os pais/responsáveis de estudantes de qualquer nível escolar, ou estudantes qualificados (aqueles maiores de 18 anos de idade, emancipados, que frequentam uma instituição de ensino superior), podem optar por excluir a divulgação de todo e qualquer tipo das seguintes informações de diretório, ao assinalar (✓) os itens que NÃO DEVEM SER DIVULGADOS:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nome do Estudante | <input type="checkbox"/> Nome do Pai/Mãe | <input type="checkbox"/> Endereço Residencial |
| <input type="checkbox"/> Número(s) de Telefone | <input type="checkbox"/> Data de Nascimento | <input type="checkbox"/> Local de Nascimento |
| <input type="checkbox"/> Área Principal de Estudo | <input type="checkbox"/> Atividades e Esportes Promovidos pela Escola | <input type="checkbox"/> Altura e Peso dos Membros das Equipes Esportivas |
| <input type="checkbox"/> Série Escolar | <input type="checkbox"/> Datas de Frequência Escolar | <input type="checkbox"/> Número da Camisa e Posição na Equipe |
| <input type="checkbox"/> Títulos e Prêmios* | <input type="checkbox"/> Nome da Escola ou Programa Anterior ou Mais Recente | <input type="checkbox"/> Número da Sala de Aula |

*Títulos e prêmios incluem trabalhos exemplares (incluindo obras de arte), reconhecimentos de todos os tipos, e situação de graduação (por exemplo, uma lista de formandos), e exclui a média de notas (GPA).

Nota: Este formulário deve ser preenchido e apresentado à escola anualmente, independentemente dos itens acima estarem assinalados ou não, NO PRAZO DE DEZ DIAS A PARTIR DO PRIMEIRO DIA DE AULA, ou a partir da data de matrícula, se o estudante se matricular após o início do ano letivo.

Nome do Estudante _____ Escola _____

Nome do Pai/Responsável/Estudante Qualificado (letra de forma) _____

Assinatura do Pai/Responsável/Estudante Qualificado _____ Data _____

Nota a ex-alunos: o SBBC continuará a honrar qualquer solicitação válida de exclusão da divulgação de informações de diretório, feita quando o indivíduo era aluno da BCPS, a menos que o ex-aluno revogue o pedido de exclusão (34 CFR 99.37(b)).

Para pais em determinadas ocupações:

Nota: Em conformidade com o Estatuto da Flórida 119.071, certas informações pessoais de indivíduos em determinadas ocupações (bem como seus cônjuges e filhos), são confidenciais e isentas de divulgação pública, mas apenas se o indivíduo apresentar um pedido de isenção por escrito. Se você está empregado em uma ocupação qualificada, e deseja solicitar que suas informações pessoais, de seu cônjuge e de seu filho sejam mantidas em sigilo, entre em contato com a escola do seu filho para completar o Requerimento de Isenção de Informações Pessoais para Determinadas Ocupações (Request for Exemption of Personal Information for Selected Occupations).

Formulário de Exclusão da ESSA (11ª e 12ª Séries) - Ano Letivo de 2019/2020

SERVIÇO MILITAR & ENSINO PÓS-SECUNDÁRIO

Em conformidade com a lei Every Student Succeeds Act (ESSA), o Distrito tem a responsabilidade de divulgar, mediante pedido, o **nome do estudante**, o **endereço** e o **número de telefone** de alunos da 11ª e 12ª séries sem necessidade de consentimento prévio para:

- **Forças Armadas/recrutadores militares** (Comandante do Distrito ou Oficial Sênior dos escritórios regionais ou satélites das Forças Armadas, incluindo a Guarda Costeira dos Estados Unidos) para fins de envio de notificações para estudantes no que diz respeito a oportunidades disponíveis nas Forças Armadas dos Estados Unidos. A confidencialidade da lista deve ser protegida pelo pessoal encarregado das Forças Armadas por tais listas.
- **Instituições de ensino superior** (instituições pós-secundárias). A confidencialidade da lista deve ser protegida pelo pessoal encarregado de ensino superior por tais listas.

No entanto, os pais/responsáveis e estudantes qualificados (maiores de 18 anos de idade) podem optar por excluir a divulgação destas informações, ao indicar sua escolha abaixo.

Informações divulgadas para as Forças Armadas/recrutadores militares:

1. _____ **PERMITIREI** que as informações limitadas indicadas acima sejam divulgadas para as Forças Armadas/recrutadores militares.
2. _____ **NÃO PERMITIREI** que as informações limitadas indicadas acima sejam divulgadas para as Forças Armadas/recrutadores militares sem meu consentimento prévio.

Informações divulgadas para instituições de ensino superior:

1. _____ **PERMITIREI** que as informações limitadas indicadas acima sejam divulgadas para instituições de ensino superior.
2. _____ **NÃO PERMITIREI** que as informações limitadas indicadas acima sejam divulgadas para instituições de ensino superior sem meu consentimento prévio.

Nota: Este formulário deve ser preenchido e apresentado à escola anualmente, independentemente da opção escolhida, NO PRAZO DE DEZ DIAS A PARTIR DO PRIMEIRO DIA DE AULA, ou a partir da data de matrícula, se o estudante se matricular após o início do ano letivo.

Além deste formulário, todos os alunos de 11ª e 12ª série devem também preencher o Formulário de Exclusão da FERPA, incluído no Código de Conduta do Estudante.

Nome do Estudante _____ Série _____

Nome da Escola _____

Nome do Pai/Responsável/Estudante Qualificado (letra de forma) _____

Assinatura do Pai/Responsável/Estudante Qualificado _____

Data _____

Vida Familiar & Sexualidade Humana



POLÍTICA 5315

Vida Familiar e Sexualidade Humana

B

O Conselho Escolar do Condado de Broward, Flórida, empenha-se em proteger a saúde de todos os alunos, fornecendo educação abrangente em saúde sexual, que promove atitudes saudáveis no que diz respeito ao crescimento e desenvolvimento, imagem corporal, gênero e sexualidade, namoro, relacionamentos e família.



CURRÍCULO

Vida Familiar e Sexualidade Humana Adotado em Maio de 2014

C

É fundamental que exista um currículo universal e abrangente de saúde sexual que siga as Normas Nacionais de Educação em Sexualidade, para assegurar que todos os alunos recebam as mesmas informações de qualidade necessárias para apoiar sua educação e viver uma vida saudável.



DADOS

Pesquisa de Comportamento de Risco de Jovens Escolas Públicas do Condado de Broward

P

- Em 2017, 8,3% dos alunos de escola intermediária da BCPS relataram ter tido relações sexuais.
- Em 2017, cerca de 37,4% dos alunos de ensino médio da BCPS relataram ter tido relações sexuais.
- Em 2017, cerca de 25,3% dos alunos de ensino médio da BCPS relataram que haviam sido sexualmente ativos nos três meses anteriores.



RECURSOS

Consulte a Política 5315 e o Currículo

S

Por favor, visite o nosso website para examinar a Política 5315 de Vida Familiar e Sexualidade Humana, o currículo e recursos adicionais para pais e alunos.

<https://www.browardschools.com/Page/32879>



Broward County Public Schools



O que o currículo abrange?

K-3

O currículo do Jardim de Infância (K) à Terceira Série inclui lições sobre sentimentos, autoimagem positiva, tomada de decisões, prevenção de abuso sexual e formas para se manter saudável.

4-5

O currículo da Quarta à Quinta Série incorpora lições sobre puberdade, reprodução, HIV, amizade e autoestima.

6-8

O currículo da Sexta à Oitava Série contém lições sobre temas como a abstinência, comunicação, tomada de decisões, reprodução e HIV.

9-12

O currículo da Nona à Décima Segunda Série inclui lições sobre abstinência, orientação sobre riscos, exploração sexual, doenças sexualmente transmitidas e comunicação saudável.

Formulário de Isenção de Aulas de Vida Familiar/Sexualidade Humana de 2019/2020 (Todas as Séries)

O Estatuto da Flórida 1003.42 requer o ensino de Educação de Sexualidade Humana como parte do Programa Abrangente de Educação em Saúde. O Conselho Escolar do Condado de Broward, Flórida, autorizou o ensino de Vida Familiar/Sexualidade Humana e Prevenção de HIV/AIDS como um componente da Educação em Saúde.

A Política 5315 de Vida Familiar/Sexualidade Humana estabelece em parte:

“É essencial que exista um currículo abrangente e universal de saúde sexual que siga as Políticas Nacionais de Educação Sexual, para assegurar que todos os alunos recebam as mesmas informações de qualidade necessárias para apoiar sua educação e viver uma vida saudável”.

As Escolas Públicas do Condado de Broward respeitam os direitos dos pais e seu papel na educação de seus filhos. De acordo com o Estatuto da Flórida 1003.42(3): “Todo aluno, cujo pai apresentar pedido por escrito ao diretor da escola, deverá ser isento do ensino sobre saúde reprodutiva ou qualquer doença, incluindo HIV/AIDS, seus sintomas, evolução e tratamento. O aluno isento de tal forma não pode ser penalizado em razão desta isenção”.

Somente se você desejar que seu filho seja dispensado deste curso, deve este formulário ser preenchido e entregue à sua escola. Seu filho será então agendado em uma atividade alternativa durante as aulas de Vida Familiar/Sexualidade Humana.

Agradecemos pelo seu interesse e cooperação na implementação do nosso Programa Abrangente de Educação em Saúde.

O currículo de Vida Familiar/Sexualidade Humana será apresentado por professores selecionados pelo diretor da escola e treinados pelo Distrito, e pode incluir apresentações de especialistas aprovados pelo Distrito na área de prevenção de doenças sexualmente transmitidas como um recurso adicional.

O conteúdo curricular e os materiais didáticos podem ser acessados em <https://www.browardschools.com/page/33679> ou agende um horário com a escola do seu filho. Recursos adicionais para pais e vídeos de estratégias sobre como falar com seu filho sobre saúde sexual estão disponíveis em <https://www.browardschools.com/page/45860>.

Nota: Favor assinalar e assinar abaixo para isentar seu filho da participação no currículo. Este formulário deve ser preenchido e apresentado à escola anualmente, NO PRAZO DE DEZ DIAS A PARTIR DO PRIMEIRO DIA DE AULA ou a partir da data de matrícula, se o aluno se matricular depois do início de cada ano letivo. A falta de apresentação deste formulário constitui uma autorização para que seu filho participe do currículo de Vida Familiar/Sexualidade Humana.

___ **NÃO DESEJO** que meu filho participe de nenhuma aula de Vida Familiar/Sexualidade Humana.

Nome da Escola _____

Nome do Estudante _____ Série _____

Nome do Pai/Responsável (letra de forma) _____

Assinatura do Pai/Responsável _____ Data _____



THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

600 Southeast Third Avenue • Fort Lauderdale, Florida 33301 • Office 754-321-2600 • Fax: 754-321-2701

Coordinated Student Health Services
Marcia Bynoe, ARNP-BC, MSN, FNP/SNP, Director
www.browardschools.com
marcia.bynoe@browardschools.com

The School Board of
Broward County, Florida

Heather P. Brinkworth, Chair
Donna P. Korn, Vice Chair

Lori Alhadeff
Robin Bartleman
Patricia Good
Laurie Rich Levinson
Ann Murray
Dr. Rosalind Osgood
Nora Rupert

Robert W. Runcie
Superintendent of Schools

Prezado Pai ou Responsável,

As informações a seguir têm por objetivo lhe ajudar, como pai/responsável, a fornecer os dados de saúde necessários do seu filho às Escolas Públicas do Condado de Broward. Em caso de dúvidas, não hesite em contatar sua escola.

Exame Médico

Todos os novos alunos que ingressam nas Escolas Públicas do Condado de Broward devem fornecer comprovante de exame médico realizado no prazo de um ano antes da matrícula. O exame médico deve ser documentado no Formulário 3040 do Departamento de Saúde da Flórida, ou em papel timbrado do consultório ou centro médico. O formulário/documento apropriado deve ser preenchido, assinado e datado pelo profissional de saúde.

Doenças Transmissíveis

Comunique a escola se o seu filho estiver doente e for diagnosticado com uma doença transmissível, tal como meningite, sarampo, salmonela, etc.

Deixe o seu filho em casa se ele apresentar:

- Sintomas semelhantes ao da gripe
- Febre acima de 100,4 °F (38 °C)
- Dor de garganta, tosse, calafrios e/ou dores no corpo
- Erupções cutâneas, secreção amarela nos olhos, catarro amarelo-esverdeado resultante de tosse ou resfriado, vômito, diarreia, etc.

Condições Crônicas de Saúde

Se o seu filho tiver alguma das seguintes condições de saúde, incluindo, entre outras, asma, diabetes, fibrose cística, anemia falciforme, convulsões, reações alérgicas a alimentos e picadas de insetos, etc., favor informar a escola.

Os pais devem:

- Documentar a condição crônica de saúde na Ficha de Contatos de Emergência do Estudante e preencher a história clínica no verso da ficha
- Reunir-se com a administração escolar para tratar dos cuidados de saúde do aluno enquanto na escola
- Se o aluno toma medicação, fornecer à escola um formulário atualizado de Autorização para Medicação, assinado pelo profissional de saúde e pelos pais

Nota: O formulário de Autorização para Medicação/Tratamento de Diabetes (Diabetes Medication/Treatment Authorization) deve ser preenchido pelo profissional de saúde e pelos pais de alunos com diabetes. Os alunos que recebem insulina via bomba de insulina devem também preencher o formulário de Autorização para Medicação/Tratamento com Bomba de Insulina (Insulin Pump Medication/Treatment Authorization).

Administração de Medicamentos na Escola (de Venda Livre ou Prescrição Médica)

- Se o seu filho precisa de medicamentos prescritos ou de venda livre (OTC) na escola ou durante uma excursão escolar, o formulário de Autorização para Medicação/Tratamento (Authorization for Medication/Treatment) deve ser preenchido e assinado pelo profissional de saúde e pelos pais
- Os pais devem transportar/entregar TODOS os medicamentos para o pessoal da escola na embalagem original e rotulada (a menos que seu filho esteja autorizado a carregar seus próprios medicamentos, conforme o formulário de Autorização para Medicação/Tratamento)

Autorização para Medicamentos Específicos de Venda Livre (OTC) com Aprovação dos Pais (somente 9^a-12^a Série)

Se o seu filho precisa tomar medicamentos de venda livre (OTC) na escola ou durante uma excursão escolar, o formulário de Autorização para Medicamentos Específicos de Venda Livre (OTC) com Aprovação dos Pais deve ser preenchido e assinado pelo pai/responsável e pelo aluno e, a seguir, autenticado.

- Porte e autoadministração somente dos medicamentos específicos de venda livre:
 - Tylenol
 - Motrin
 - Allegra
 - Claritin
 - Tums
 - Lactaid
 - Midol

Autorização para Produtos Tópicos de Venda Livre (OTC) com Aprovação dos Pais

- Alunos de todos os níveis escolares estão autorizados a carregar e se autoadministrar repelentes de insetos e mosquitos (somente lenços umedecidos ou loções) e protetores solares (produtos de aerossol não são permitidos).
- O formulário de Autorização para Produtos Tópicos de Venda Livre (OTC) com Aprovação dos Pais deve ser preenchido e assinado pelo pai/responsável.

Nota: Planeje com antecedência as excursões escolares que incluem pernoite, caso seu filho precise de medicamentos que ele normalmente não toma na escola. Informe sobre mudanças nas condições de saúde do seu filho à medida que ocorrem.

Imunizações (Consulte F.S. 1003.22)

- Certifique-se de que as imunizações necessárias do seu filho estejam em dia. Se não tiver certeza, verifique com seu médico ou com o Departamento de Saúde da Flórida em Broward pelo telefone (954) 467-4700.
- Os pais podem obter isenções médicas de seus médicos, ou uma isenção religiosa através do Departamento de Saúde da Flórida em Broward

Centros de Saúde Escolares, Recursos Comunitários, Imunizações e Cuidados de Saúde

- Informações estão disponíveis no site das Escolas Públicas do Condado de Broward em <http://www.browardhealthservices.com/resources/>
- Se não tiver seguro, solicite um formulário do seguro Florida KidCare na escola do seu filho.

Programa de Visão Infantil Florida Heiken

- O Programa de Visão Infantil Florida Heiken oferece serviços gratuitos de exames de visão e óculos, quando prescritos, para alunos que necessitam de serviços completos de visão.
- Os alunos qualificados para o programa devem atender aos critérios do Programa de Merendas Gratuitas e a Preço Reduzido e não ter passado na triagem de visão.
- O formulário de consentimento do Programa de Visão Infantil Florida Heiken será enviado para casa durante a primeira semana de aulas para ser assinado pelo pai ou responsável.
- Se o seu filho atende aos critérios acima, e você deseja que seu filho participe do programa, favor preencher, assinar e entregar o formulário de consentimento para a escola.

Informações adicionais sobre os requisitos de admissão escolar estão disponíveis em <http://www.browardhealthservices.com/parent-information/registration-requirements/>.

Em caso de dúvidas, favor entrar em contato com a escola do seu filho.

Formulário de Autorização para Medicação de 2019/2020 (Todas as Séries)

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Coordinated Student Health Services • 1400 NW 14th Court, Ft. Lauderdale, FL 33311 • (754) 321-1575

Prescription or Over-the-Counter Medication (Medicação Prescrita ou de Venda Livre)

(THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN ONLY) (ESTA SEÇÃO DEVE SER PREENCHIDA SOMENTE PELO MÉDICO RESPONSÁVEL)

Student Name (Nome do Aluno) _____ Date of Birth (Data de Nasc.) _____ Grade (Série) _____

School (Escola) _____ Phone (Telefone) _____ Fax # _____

Allergies (Alergias) _____

Diagnosis (Diagnóstico) _____

MEDICATION (Medicamento)	DOSAGE & ROUTE (Dosagem e Via)	FREQUENCY (Frequência)	SPECIFIC TIMES (Horários)	SPECIAL INSTRUCTIONS/ SIDE EFFECTS (Instruções Especiais/Efeitos Colaterais)

List any emergency precautions/health emergencies that should be anticipated for this student; (e.g., allergy triggers, diabetic reactions): _____

There are no extraordinary emergency medical services available at school. Since only CPR and first aid are available until 911 arrives, is this adequate for student survival? YES NO, IF "NO", specify: _____

Physician's Name (Print) _____ Physician's Signature _____

Physician's Office Address _____

Physician's Telephone # _____ Physician's Fax # _____

Date Completed _____

This information will be obtained by School Board District Personnel (Esta informação será obtida pelos funcionários do Distrito Escolar)

AUTORIZAÇÃO DOS PAIS PARA MEDICAÇÃO (ESTA SEÇÃO DEVE SER PREENCHIDA PELO PAI OU RESPONSÁVEL)

Nome do Estudante _____ Data de Nasc. _____ Série _____

Concedo autorização ao diretor, ou pessoa designada, para auxiliar ou administrar medicação para meu filho durante o horário escolar, inclusive quando ele estiver em eventos escolares oficiais fora das dependências escolares. Se meu filho estiver autorizado por seu médico a se autoadministrar seu próprio medicamento, concedo autorização para que meu filho se autoadministre seu medicamento na escola e fora das dependências escolares durante eventos escolares oficiais. Caso não for possível para meu filho se autoadministrar seu medicamento, dou autorização para que o diretor, ou pessoa designada, administre o medicamento prescrito.

- NOTA:**
- **O medicamento deve ser fornecido na embalagem original. Peça para o farmacêutico dividir o medicamento em dois recipientes separados e rotulados, para deixar um em casa e outro na escola.**
 - **Somente medicamentos autorizados pelo médico podem ser administrados por funcionários da escola.**
 - **É sua responsabilidade notificar a escola se houver mudança na administração do medicamento.**

Nome do Pai/Responsável (letra de forma) _____ Assinatura do Pai/Responsável _____

Data de Assinatura _____ Tel. Residencial _____ Tel. Trabalho/Celular _____
(inclua o ramal, se for o caso)

Formulário de Autorização para Tratamento de 2019/2020 (Todas as Séries)

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Coordinated Student Health Services • 1400 NW 14th Court, Ft. Lauderdale, FL 33311 • (754) 321-1575

Authorization for Treatment (Autorização para Tratamento)

(THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN ONLY) (ESTA SEÇÃO DEVE SER PREENCHIDA SOMENTE PELO MÉDICO RESPONSÁVEL)

Student Name (Nome do Aluno) _____ Date of Birth (Data de Nasc.) _____ Grade (Série) _____

School (Escola) _____ Phone (Telefone) _____ Fax # _____

Diagnosis (Diagnóstico) _____ Allergies (Alergias) _____

TREATMENTS DURING SCHOOL HOURS (Tratamentos durante o horário escolar) _____

TREATMENT PLAN (Plano de tratamento) _____

PROCEDURE (Procedimento)	TYPE (Tipo)	MEDS/FEEDING AMOUNT (Medicamentos/Dosagem)	FREQUENCY / SPECIFIC TIMES (Frequência / Horários)	RATE / FLOW (Medida/Fluxo)
Catheterization (Cateterismo)				
Feedings (Alimentação)	<input type="checkbox"/> G-Tube <input type="checkbox"/> J-Tube <input type="checkbox"/> NG-Tube <input type="checkbox"/> Special _____			
Suctioning (Aspiração)	<input type="checkbox"/> Oropharynx <input type="checkbox"/> Tracheostomy <input type="checkbox"/> Deep <input type="checkbox"/> Surface			
Tracheostomy (Traqueostomia)	<input type="checkbox"/> Tube Replacement <input type="checkbox"/> Care (Cleaning)			
CPT				
Oxygen/Misting (Oxigênio/Nebulização)				
Ventilator (Ventilador)				
Nebulizer Tx (Nebulizador Tx)				
Pulse Oximeter (Oxímetro de Pulso)				

Are any of the above procedures required for emergency care? YES NO, IF "YES", specify: _____

List any procedures the student has been trained to perform _____

List any limitations/precautionary measures that should be considered; e.g., physical education, outdoor activities, transporting, lifting, moving, special devices/equipment: _____

List any emergency precautions/health emergencies that should be anticipated for this student; (e.g., allergy triggers, diabetic reactions): _____

There are no extraordinary emergency medical services available at school. Since only CPR and first aid are available until 911 arrives, is this adequate for student survival? YES NO, IF "NO", specify: _____

Physician's Name (Print) _____ Physician's Signature _____

Physician's Office Address _____

Physician's Telephone # _____ Physician's Fax # _____

Date Completed _____

This information will be obtained by School Board District Personnel (Esta informação será obtida pelos funcionários do Distrito Escolar)

AUTORIZAÇÃO DOS PAIS PARA TRATAMENTO (ESTA SEÇÃO DEVE SER PREENCHIDA PELO PAI OU RESPONSÁVEL)

Nome do Estudante _____ Data de Nasc. _____ Série _____

Concedo autorização ao diretor, ou pessoa designada, para auxiliar ou administrar cada tratamento/procedimento para meu filho durante o horário escolar, inclusive quando ele estiver em eventos escolares oficiais fora das dependências escolares. Se meu filho estiver autorizado por seu médico a se autoadministrar seu próprio tratamento, concedo autorização para que meu filho se autoadministre seu tratamento na escola e fora das dependências escolares durante eventos escolares oficiais. Caso não for possível para meu filho se autoadministrar seu tratamento, dou autorização para que o diretor, ou pessoa designada, administre o tratamento prescrito. **NOTA: Somente tratamentos autorizados pelo médico podem ser administrados por funcionários da escola. É sua responsabilidade notificar a escola se houver mudança no plano de tratamento.**

Nome do Pai/Responsável (letra de forma) _____ Assinatura do Pai/Responsável _____

Data de Assinatura _____ Tel. Residencial _____ Tel. Trabalho/Celular _____
(inclua o ramal, se for o caso)

Autorização para Medicamentos Específicos de Venda Livre (OTC) com Aprovação dos Pais (9ª-12ª Série)

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Coordinated Student Health Services • 1400 NW 14th Court, Ft. Lauderdale, FL 33311 • (754) 321-1575

Autorização para Medicamentos Específicos de Venda Livre (OTC) com Aprovação dos Pais (9ª-12ª Série)

Instruções: Cada seção deve ser preenchida pelo pai/responsável para que o aluno possa carregar ou se autoadministrar qualquer um dos medicamentos específicos de venda livre (OTC) somente com aprovação dos pais. O formulário fica invalidado se qualquer seção estiver incompleta. Este formulário deve ser assinado pelo pai/responsável e pelo aluno e, a seguir, autenticado.

I. Informações do Estudante/Pais

Nome do Estudante (letra de forma)		Data de Nasc.:	Alergias	Série:
Pai/Responsável (letra de forma)			Endereço:	
Telefone Residencial:	Telefone do Trabalho:		Outro Telefone:	
II. Medicamento (A Ser Preenchido pelo Pai/Responsável)				

ESTE REQUERIMENTO ENTRA EM VIGOR NO ANO LETIVO DE 20____ - 20____ OU DE _____ A _____
Somente UM medicamento pode ser selecionado. Apenas **2 doses** de medicamento são permitidas com a pessoa

Medicamento a Ser Administrado por Via Oral	Dosagem e Horários	Sintomas	Comentários	Data de Vencimento do Medicamento
Acetaminofeno (Tylenol) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Administrar de acordo com as instruções do fabricante	Para o alívio de dores menores; (febre de 100,4 °F não será tratada na escola)	Alunos com temperatura acima de 100,4 °F devem ser dispensados	
Carbonato de Cálcio <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Administrar de acordo com as instruções do fabricante	Para dor de estômago ou azia	Alerta: Pode causar constipação	
Ibuprofeno (Advil, Motrin) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Administrar de acordo com as instruções do fabricante	Para o alívio de dores no corpo e cólicas menstruais; (febre de 100,4 °F não será tratada na escola)	Alerta: Não contém aspirina, mas não deve ser administrado se o aluno tiver asma ou alergia à aspirina	
Midol <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Administrar de acordo com as instruções do fabricante	Cólicas menstruais	Alerta: Alunos sensíveis à aspirina devem tomar precauções	
Allegra <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Administrar de acordo com as instruções do fabricante	Para o alívio dos sintomas de alergias sazonais (espirros, prurido e coriza)	Alerta: Evite tomar qualquer outro medicamento contra resfriado ou alergia, salvo indicação médica	
Lactaid <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Administrar de acordo com as instruções do fabricante	Intolerância à lactose	Sem efeitos colaterais comuns quando usado em pequenas doses	
Claritin <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Administrar de acordo com as instruções do fabricante	Para o alívio dos sintomas de alergias sazonais (espirros, prurido e coriza)	Alerta: Evite tomar qualquer outro medicamento contra resfriado ou alergia, salvo indicação médica	

III. Autorização dos Pais (A ser preenchido somente pelo pai/responsável)

Ao assinar abaixo, eu (pai ou responsável legal) entendo que os medicamentos específicos de venda livre somente com aprovação dos pais serão carregados e autoadministrados pelo aluno. Entendo que se eu permitir que meu filho carregue e se autoadministre medicação, assumo plena responsabilidade por qualquer consequência resultante da administração da medicação por meu filho. Entendo que todos os medicamentos devem estar em suas embalagens originais e visivelmente rotulados com o nome completo do aluno. Entendo e conversei com meu filho/filha que se ele/ela usar a medicação de venda livre em excesso das duas (2) doses diárias autorizadas, vender ou repassar esta medicação, ele/ela receberá a consequência descrita na Matriz Disciplinar do Distrito. Ao assinar este formulário, assumo plena responsabilidade por qualquer consequência resultante do porte e autoadministração de medicamentos específicos de venda livre. Também isento o Conselho Escolar do Condado de Broward, Flórida, de qualquer responsabilidade se meu filho/filha usar o medicamento em excesso das doses autorizadas, vender ou repassar algum dos medicamentos identificados acima.

Nome do Pai/Responsável (letra de forma) _____

Assinatura do Pai/Responsável _____ Parentesco com o Aluno _____

Telefone Residencial _____ Telefone do Trabalho/Celular _____

Endereço de E-mail _____

IV. Confirmação de Recebimento do Estudante (A ser preenchido somente pelo estudante)

Nome do Estudante (letra de forma) _____

Assinatura do Estudante _____

V. To Be Completed by Notary Public Only (A ser preenchido somente por um tabelião)

STATE OF FLORIDA

COUNTY OF _____

The foregoing instrument was acknowledged before me this _____ day of _____, 20____, by

_____.

Personally Known _____ OR Produced Identification _____

Type of Identification Produced _____

(Notary Seal)

Official Notary Signature

Printed Name of Notary

Autorização para Produtos Tópicos de Venda Livre (OTC) com Aprovação dos Pais (Todas as Séries)

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Coordinated Student Health Services • 1400 NW 14th Court, Ft. Lauderdale, FL 33311 • (754) 321-1575

Formulário de Autorização para Produtos Tópicos de Venda Livre (OTC) com Aprovação dos Pais (Todas as Séries)

Em Vigor no Ano Letivo de 20 ____ - 20 ____

Instruções: Cada seção deve ser preenchida pelo pai/responsável para que o aluno possa carregar e se autoadministrar qualquer um dos produtos tópicos de venda livre listados, para uso somente com aprovação dos pais. O formulário fica invalidado se qualquer seção estiver incompleta.

I. Informações do Estudante/Pais

Nome do Estudante (letra de forma)	Data de Nascimento	Alergias	Série
Pai/Responsável (letra de forma)		Endereço:	
Telefone Residencial:	Telefone do Trabalho:	Outro Telefone:	

A Ser Preenchido pelo Pai/Responsável

NÃO SE PERMITEM PRODUTOS DE AEROSSOL OU DE BOMBA

Repelentes de Insetos e Mosquitos

Porte e auto-aplicação somente de lenços umedecidos e loções

Aplicar de acordo com as instruções do fabricante

Iniciais do Pai/Mãe: _____

Protetores Solares

Porte e auto-aplicação

Aplicar de acordo com as instruções do fabricante

Iniciais do Pai/Mãe: _____

Autorização dos Pais (A Ser Preenchido Somente pelo Pai/Responsável)

Ao assinar abaixo, eu (pai ou responsável legal) entendo que os produtos tópicos de venda livre, para uso somente com autorização dos pais serão administrados pelo aluno e não por profissionais de saúde. Assumo plena responsabilidade de que o produto tópico, o qual autorizei, é apropriado para a idade. Estou ciente de que posso permitir que meu filho carregue e se autoadministre os produtos tópicos listados acima e assumo plena responsabilidade por qualquer consequência resultante da administração dos produtos tópicos por meu filho. Entendo que todos os produtos tópicos devem ser carregados na embalagem original lacrada, visivelmente rotulada com o nome completo do aluno. Eu entendo e conversei com meu filho/filha que se ele/ela vender ou repassar este produto tópico, ele/ela receberá consequências com base na Matriz Disciplinar do Distrito. Ao assinar este formulário, assumo plena responsabilidade por qualquer consequência resultante da administração dos produtos tópicos listados acima. Também isento o Conselho Escolar do Condado de Broward de qualquer responsabilidade que resulte no meu filho/filha vender ou repassar os produtos tópicos identificados acima.

Nome do Pai/Responsável (letra de forma) _____

Assinatura do Pai/Responsável _____ Parentesco com o Aluno _____

Telefone Residencial _____ Telefone do Trabalho/Celular _____

Endereço de E-mail _____

Formulário de Exclusão da Triagem de Saúde de 2019/2020 (Jardim de Infância, 1ª, 3ª e 6ª Séries)

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Coordinated Student Health Services • 1400 NW 14th Court, Ft. Lauderdale, FL 33311 • (754) 321-1575

Formulário de Exclusão da Triagem de Saúde

De acordo com as diretrizes estabelecidas pela Legislação da Flórida, no início de cada ano os pais devem ser notificados sobre os exames disponíveis através do Programa Escolar de Serviços de Saúde. O Estatuto da Flórida 381.0056(7)(d) requer a triagem de saúde dos alunos de ensino público do jardim de infância (KG), 1ª, 3ª e 6ª séries, e novos alunos do condado. Deve-se entender que tais exames não substituem um exame completo por um profissional de saúde.

As triagens incluem exames de visão, audição, altura e peso, Índice de Massa Corporal (BMI) e Escoliose. Estes exames são oferecidos com o intuito de reduzir as barreiras de saúde à aprendizagem e podem ser realizados individualmente ou em grupos. **Os pais ou responsáveis têm o direito de excluir seus filhos destes exames.**

Nota: Se o pai ou mãe NÃO quiser que seu filho faça um ou mais dos exames, deve-se assinalar a caixa correspondente abaixo, escrever e assinar o seu nome, e entregar este formulário à escola do seu filho NO PRAZO DE DEZ DIAS A PARTIR DO PRIMEIRO DIA DE AULA, ou a partir da data de matrícula, se o aluno se matricular após o início do ano letivo.

Nome do Estudante _____ Gênero _____

Escola _____ Série _____

NÃO EXAMINE:

Visão (Jardim de Infância, 1ª, 3ª e 6ª Séries)

Audição (Jardim de Infância, 1ª e 6ª Séries)

Altura e Peso / IMC (BMI) (1ª, 3ª e 6ª Séries)

Escoliose (6ª Série)

Nome do Pai/Responsável (letra de forma) _____

Assinatura do Pai/Responsável _____

Data _____

Formulário do Programa de Visão Infantil Florida Heiken de 2019/2020 (Todas as Séries)



THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA
Coordinated Student Health Services • 1400 NW 14th Court, Ft. Lauderdale, FL 33311 • (754) 321-1575

Programa de Visão Infantil Florida Heiken (Programa Escolar de Broward de Exame Oftalmológico & Óculos Gratuitos)

SIM **NÃO** Permito que meu filho seja fotografado pelo FHCVP para efeitos de relações públicas e renuncio a toda e qualquer reivindicação presente/futura pelas fotos.

Escola (Nome Completo) _____ Série _____ Professor _____ Nº de Identidade Estudantil _____

Nome do Estudante _____ Masc./Fem. (Faça círculo em um) _____ Data de Nascimento do Estudante _____

Endereço _____ Apto. _____ Cidade _____ Código Postal _____

Telefone Residencial _____ Telefone do Pai/Responsável durante o dia _____

Nome do Pai/Responsável (letra de forma) _____ Endereço de E-mail _____

Etnia (Faça círculo em um): Afro-Americano Asiático Hispânico Indígena Americano Branco (Não Hispânico) Haitiano Outra _____

Idioma Falado (Faça círculo em um): Inglês Espanhol Crioulo Haitiano Português Outro _____

O seu filho visitou um oftalmologista ou optometrista neste último ano? Sim _____ Não _____ O seu filho usa óculos? Sim _____ Não _____

Indique qualquer medicamento ou colírio usado por seu filho: _____

Indique qualquer alergia que o seu filho tenha: _____

O seu filho tem alguma necessidade especial/atraso de desenvolvimento? Sim _____ Não _____ Explique: _____

O seu filho necessita de apoio auxiliar (tal como intérprete, língua de sinais, auxílios visuais, cadeira de rodas, Braille)? Sim _____ Não _____ Caso sim, explique porquê: _____

O seu filho já teve algum dos seguintes:

- | SIM | NÃO | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirurgia/Lesão Ocular |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Terapia da Visão |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dores de cabeça |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabete |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia Falciforme |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma |

A família do seu filho já teve algum dos seguintes:

- | SIM | NÃO | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estrabismo/Ambliopia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cegueira |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Degeneração Macular |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hipertensão |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia Falciforme |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Outra condição |

Favor explicar quaisquer respostas "SIM" acima: _____

Consentimento para exames oftalmológicos – Ao assinar abaixo, autorizo o Programa de Visão Infantil Florida Heiken a fornecer ao meu filho um exame oftalmológico completo com dilatação de pupila, tanto na escola por um optometrista em unidade móvel ou no consultório de um provedor participante.

Aviso de práticas de privacidade – Ao assinar abaixo, compreendo que o Aviso de Práticas de Privacidade do Programa de Visão Infantil Florida Heiken está disponível para consulta mediante solicitação pelo telefone (305) 856-9830/ (888) 996-9847.

Intercâmbio de informações – Ao assinar abaixo, autorizo a liberação mútua de informações entre o Programa de Visão Infantil Florida Heiken e as Escolas Públicas do Condado de Broward (BCPS) de todos e quaisquer relatórios médicos de optometria do meu filho para os provedores participantes do programa, para a determinação de cuidados apropriados. Também autorizo a BCPS a liberar qualquer informação necessária sobre a qualificação do meu filho para o programa de merendas gratuitas ou a preço reduzido, e quaisquer informações em falta ou insuficientes que são necessárias para processar este pedido. Eu/Nós libero(amos) e isento(amos) o Conselho Escolar do Condado de toda e qualquer responsabilidade por qualquer dano ou prejuízo resultante da participação no Programa de Visão Infantil Florida Heiken, devido a um acidente ou incidente envolvendo a participação do meu filho/tutelado no programa.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL (para receber o exame) _____ Data: _____

Autorização para cobrança de seguro – Se meu filho tiver um plano de seguro que é aceito, e tiver a oportunidade de ser examinado durante visita a uma unidade móvel (somente), autorizo por meio desta o Programa de Visão Infantil Florida Heiken a faturar o seguro do meu filho pelo exame oftalmológico completo com dilatação de pupila, e pelos óculos, se prescrito (inclui determinadas armações, lentes claras de policarbonato, sem adicionais). Compreendo que o benefício de seguro de visão do meu filho será usado.

Assinatura (Autorização para cobrança do seguro) _____ Data: _____

O Programa de Visão Infantil Florida Heiken é uma organização que oferece igualdade de oportunidades e não discrimina os candidatos qualificados de outra forma, com base em raça, cor, religião, origem, idade, sexo, estado civil, nacionalidade, deficiência ou condição de veterano.

PAIS: Solicite este serviço GRATUITO com processamento mais rápido pelo seu telefone celular em <http://www.floridaheiken.org/>. Se não tiver acesso à internet, preencha, assine e entregue este formulário à escola do seu filho. Em caso de dúvidas, ligue para 1-888-996-9847.

PARA UM PROCESSAMENTO MAIS RÁPIDO E SEGURO, SOLICITE PELO TELEFONE CELULAR EM: <http://www.floridaheiken.org/>

<p>For School Personnel Use Only: County: Broward Referring school/agency: _____ Vision Screening Fail Date (Mandatory): _____ Qualifies for Free/Reduced Program (Circle One): YES NO Signature: _____ Date: _____</p>	<p>For Heiken Use Only: Scanned <input type="checkbox"/> Account #: _____ Eligibility Status: _____ Eligibility Date: _____ Insurance: _____</p>
---	---

School/Agency: Please fax completed form with Heiken Fax Cover Sheet to (305) 856-9840 / 1(888) 980-8474



Established 1915

BROWARD
County Public Schools

Confirmação de Recebimento - Cópia dos Pais

A Política 5.8 do Código de Conduta do Estudante estabelece as políticas do Distrito para os alunos das Escolas Públicas do Condado de Broward. As regras se aplicam a todas as atividades que ocorrem em dependências escolares, em outros locais sendo usados para atividades escolares, e em todos os veículos autorizados a transportar estudantes. A sua assinatura abaixo não indica que você concorda ou discorda das regras, **mas apenas que você examinou a cópia eletrônica destas regras** (<http://www.browardschools.com/codeofconduct>). Entregue este formulário à escola no prazo de 3 dias a partir do primeiro dia de aula, ou da data de matrícula. Se preferir completar todos os formulários necessários por via eletrônica, acesse o Kit de Ferramentas de Volta às Aulas (<http://www.browardschools.com/backtoschool>).

Os pais precisam estar envolvidos na educação de seus filhos e têm a responsabilidade de:

- Saber que, por questões de segurança, não é da responsabilidade das escolas fornecer supervisão além dos 30 minutos anteriores ao horário oficial de início de aula, e nem fornecer supervisão além dos 30 minutos após o horário oficial de conclusão de aulas (F.S. 1003.31 (2)).
- Saber que, por questões de segurança, no caso de alunos que utilizam o serviço de ônibus escolar, os motoristas estão autorizados a deixar os estudantes descer do ônibus SOMENTE em suas paradas designadas.
- Fornecer à escola os nomes dos contatos de emergência e/ou números de telefone atualizados, anualmente ou se houver mudanças.
- Comunicar à escola qualquer fato que possa afetar a habilidade de aprendizagem do aluno, de frequentar a escola regularmente, ou de tomar parte em atividades escolares.
- Estar cientes de que as medicações devem ser administradas de acordo com as Políticas SB 6305 e 6305.1, conforme emenda, e que as consequências da repassagem e/ou venda ou tentativa de venda de medicamentos de venda livre, e a posse e/ou uso de medicamentos não autorizados estão descritas na Política SB 5006. A Política SB 6305 descreve as regras referentes ao medicamentos de venda livre ou de prescrição médica e a Política SB 5006 descreve as consequências das violações destas regras. As políticas completas sobre saúde e suspensão e/ou expulsão, bem como todas as políticas do Conselho Escolar, podem ser acessadas no site: www.Broward.k12.fl.us/sbbcpolicies.
- Estar cientes de que os pais têm direitos com relação à privacidade e sigilo dos registros estudantis que são mantidos pelas escolas, conforme definido na Seção VIII deste livreto.
- Estar cientes de que nem o Conselho Escolar, nem seus funcionários, serão responsabilizados por itens proibidos que são perdidos, roubados ou confiscados; ou por dispositivos de comunicação sem fio ou outros itens de tecnologia pessoal que são perdidos, roubados ou confiscados.
- Estar cientes de que itens confiscados que não são retirados até o final do ano letivo serão doados a instituições de caridade locais.
- Reconhecer que são responsáveis pela conduta de seus filhos no caminho de ida e de volta da escola e nas paradas de ônibus. A existência de um ambiente de aprendizagem seguro e respeitoso é essencial para o bom desempenho acadêmico; por esta razão, qualquer conduta do estudante fora do campus escolar, que afete seriamente a sua habilidade de aprendizagem, ou a habilidade do membro da equipe escolar de ensinar, pode ser considerada uma ofensa disciplinária. Em casos de incidentes graves que ocorrem em paradas de ônibus e/ou em propriedades não pertencentes ao Conselho Escolar, os pais devem entrar em contato direto com a polícia. Em casos de ocorrências de intimidação (ver definição de bullying na Seção II), as autoridades escolares devem ser informadas, as quais irão investigar e/ou fornecer assistência e intervenção, conforme o diretor/representante decidir apropriado, o que pode incluir o envolvimento do policial da escola (School Resource Officer).
- Certificar-se de que seus filhos sigam o uso legal, ético e responsável de tecnologia, incluindo redes, recursos digitais, internet e programas de software, conforme definido na Seção IV deste livreto.
- Os pais continuarão a ter responsabilidade sobre alunos que atingem a idade de maioridade (18 anos de idade ou mais), para todos os fins educacionais e disciplinares, com certas exceções estipuladas pelo estatuto.

Nota: As opções selecionadas pelos pais em cada formulário do Código de Conduta do Estudante ficarão em vigor até que um novo formulário seja apresentado.

Nome do Estudante (letra de forma)

Assinatura do Estudante

Nome do Pai/Responsável (letra de forma)

Assinatura do Pai/Responsável

Data

Orientação para os Pais sobre o Sistema de Apoio de Múltiplos Níveis (MTSS)/Resposta à Intervenção (RtI)

O Que é o Sistema de Apoio de Múltiplos Níveis (MTSS)?

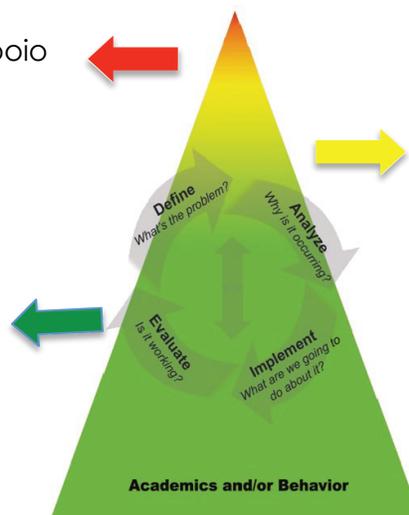
O **MTSS** é um termo usado para descrever um modelo empírico de educação que integra o ensino acadêmico e de comportamento e a intervenção para promover o êxito de todos os alunos.

O Que é a Resposta à Intervenção (RtI)?

A **RtI** (*Response to Intervention*) é a prática de fornecer ensino de alta qualidade e intervenção que correspondem às necessidades do aluno, acompanhando de perto como o aluno responde aos diversos tipos de ensino e de apoio.

Nível III refere-se ao apoio intensivo que alguns alunos necessitam

Nível I refere-se ao ensino de alta qualidade fornecido a **TODOS** os alunos



Nível II refere-se ao apoio orientado que alguns alunos necessitam

Como o MTSS/RtI vai afetar o meu filho?

- O Sistema de Apoio de Apoio de Múltiplos Níveis (MTSS) assegura que o seu filho receba vários níveis de apoio acadêmico e de comportamento, conforme a sua necessidade.
- O seu filho será incluído na identificação precoce de problemas acadêmicos ou de comportamento, de modo que o auxílio possa ser fornecido aos primeiros sinais de dificuldade.
- O auxílio para o seu filho será aumentado ou reduzido, dependendo da necessidade.
- Recomenda-se a sua participação e seu envolvimento no planejamento e fornecimento de intervenções para ajudar o seu filho.
- Os pais receberão atualizações frequentes sobre o progresso de seu filho.

O que devo fazer se eu achar que meu filho está tendo dificuldades?

- Fale com o professor do seu filho
- Revise e ajude com as lições de casa
- Solicite reuniões periódicas com o professor do seu filho
- Comemore os êxitos do seu filho
- Informe-se melhor sobre o currículo, as avaliações e as intervenções sendo usadas na escola do seu filho
- Participe das reuniões e das sessões de resolução de problemas referentes ao seu filho

Recursos para os Pais

Este vídeo para pais apresenta o uso de resolução de problemas e como isso pode afetar o seu filho.
<http://www.florida-rti.org/parentresources/videos.htm>

Para descobrir a verdadeira realidade por trás de mitos comuns sobre Rti e MTSS, acesse o link a seguir:
<http://www.florida-rti.org/parentresources/myths/index.htm>

Se tiver alguma dúvida, entre em contato com *School Climate & Discipline* pelo telefone 754-321-1655 or visite
<https://www.browardschools.com/Page/32437> para mais informações e orientações.



Como posso participar do MTSS/Rti?

As famílias desempenham um papel fundamental no apoio à aprendizagem de seus filhos na escola. Quanto mais os pais se envolvem na aprendizagem do aluno, melhor será o seu desempenho. Esclareça as suas dúvidas para saber mais sobre o MTSS/Rti na escola do seu filho:

- O meu filho está indo bem? Como fico sabendo? Se não, por que e o que podemos fazer de diferente?
- Se necessário, como será fornecida a ajuda adicional? Por quem? Com que frequência? Por quanto tempo?
- Como posso participar da resolução de problemas referentes ao meu filho?
- O que posso fazer em casa para ajudar nas intervenções para o meu filho?
- Como posso saber se as intervenções estão tendo resultado?

<http://florida-rti.org/parentresources/floridatools.htm>

+ Marque um 'X' na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta. +

8. Seu filho lhe pediu permissão para caminhar ou ir de bicicleta para a escola no ano passado? Sim Não

9. Em que série você permitiria que seu filho caminhasse ou fosse de bicicleta para a escola sem um adulto?

(Selecione uma série entre PK,K,1,2,3...) série (ou) Eu não me sentiria seguro em nenhuma série

+ Marque um 'X' na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta. +

10. Quais dos seguintes fatores influenciou sua decisão de permitir, ou não permitir, que seu filho fosse/voltasse da escola a pé ou de bicicleta?

(Selecione uma opção por linha, assinale a caixa com um X)

11. Você deixaria seu filho ir/voltar da escola a pé ou de bicicleta se esse problema fosse resolvido ou melhorado?

(Selecione uma opção por linha, assinale a caixa com um X)

Não

Meu filho já vai/volta da escola a pé ou de bicicleta

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Distância..... | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |
| <input type="checkbox"/> Conveniência de dirigir..... | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |
| <input type="checkbox"/> Horário | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |
| <input type="checkbox"/> Atividades do meu filho antes ou após o horário escolar | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |
| <input type="checkbox"/> Velocidade do tráfego ao longo da rota | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |
| <input type="checkbox"/> Volume de tráfego ao longo da rota | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |
| <input type="checkbox"/> Adultos que podem acompanhar na caminhada ou de bicicleta | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |
| <input type="checkbox"/> Segurança dos cruzamentos e travessias | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |
| <input type="checkbox"/> Guardas de travessia escolar | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |
| <input type="checkbox"/> Violência ou crime | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |
| <input type="checkbox"/> Tempo ou clima | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |

+ Marque um 'X' na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta. +

12. Na sua opinião, até que ponto a escola do seu filho incentiva ou desaconselha ir e voltar da escola a pé e de bicicleta?

- Incentiva totalmente Incentiva Neutra Desaconselha Desaconselha totalmente

13. Até que ponto seu filho acha divertido ir/voltar da escola a pé ou de bicicleta?

- Muito divertido Divertido Neutro Chato Muito chato

14. Até que ponto seu filho acha saudável ir/voltar da escola a pé ou de bicicleta?

- Muito saudável Saudável Neutro Pouco saudável Nada saudável

+ Marque um 'X' na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta. +

15. Qual é o seu nível de escolaridade?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1ª a 8ª série (Ensino fundamental) | <input type="checkbox"/> 1 a 3 anos de faculdade (Faculdade ou escola técnica incompleta) |
| <input type="checkbox"/> 9ª a 11ª série (Ensino médio incompleto) | <input type="checkbox"/> 4 anos de faculdade ou mais (Formado da faculdade) |
| <input type="checkbox"/> 12ª série ou GED (Formado do ensino médio) | <input type="checkbox"/> Prefiro não responder |

16. Forneça comentários adicionais abaixo.

Questionário sobre Moradia Estudantil (SHQ) de 2019/2020 (Todas as Séries)



QUESTIONÁRIO SOBRE MORADIA ESTUDANTIL (SHQ)



ATENÇÃO, pais, cuidadores e menores desacompanhados (que não moram com um dos pais ou tutor legal): O objetivo deste questionário é ajudar a identificar crianças e jovens em idade escolar que estão em situação de moradia provisória (passando por instabilidade de moradia). Ao preencher este questionário, seu(s) filho(s) em idade escolar pode(m) se qualificar para serviços e recursos do HEART para ajudar a garantir a estabilidade escolar.

INSTRUÇÕES:

RESPONDA A ESTE QUESTIONÁRIO APENAS SE VOCÊ NÃO ALUGA OU NÃO TEM CASA PRÓPRIA OU SE VOCÊ É UM ESTUDANTE QUE NÃO MORA COM UM DOS PAIS OU TUTOR LEGAL (Menor Desacompanhado)

1. O(s) estudante(s) mora(m) com quem?

- Pai/Mãe
 Tutor legal
 Adulto que cuida de estudante impossibilitado de morar com os pais ou tutor legal neste momento
 Sou um estudante que NÃO mora com um dos pais ou tutor legal neste momento e não alugo ou não tenho casa própria (UY)

2. Onde você mora atualmente?

- Em abrigo de emergência ou provisório (A)
 Provisoriamente com um membro da família ou amigo (compartilhando habitação), por motivo de perda de moradia, dificuldade financeira, ou razão semelhante (B)
 Em um veículo, estacionamento de trailers ou área de camping, prédio abandonado, ou outra habitação precária (D)
 Em um hotel/motel, por motivo de perda de moradia, dificuldade financeira, ou razão semelhante (E)

3. Qual é a causa de sua residência temporária?

- Outra:** Despejo; Violência Doméstica; Desemprego; Médica/Mental; Pobreza a Longo Prazo; Falta de habitação a preço acessível (O)
 Execução de Hipoteca (M) Furacão (H) Terremoto (E) Inundação (F) Desastre Causado pelo Homem (D)
 Tempestade Tropical (S) Tornado (T) Incêndio Florestal ou Incêndio em Casa (W)

***Forneça as informações solicitadas abaixo sobre todas as crianças em idade escolar do domicílio que estão ou devem estar matriculadas em uma escola pública ou charter do Condado de Broward, FL. Preencha vários SHQs, se necessário.**

Nome Completo do Estudante (Nome e Sobrenome)	Nº ID Estudantil	M/F	Data de Nasc. (mm/dd/aa)	Série	Nome da Escola Atual

(Se tiver filhos em várias escolas, entregue 1 questionário para cada escola)

SE ESTIVER USANDO UM FORMULÁRIO ELETRÔNICO: Envie por via eletrônica depois de preenchê-lo.

SE ESTIVER USANDO A VERSÃO IMPRESSA: Entregue o questionário preenchido à escola do seu filho.

4. Ao assinar abaixo, atesto que as informações fornecidas são corretas:

NOME COMPLETO EM LETRA DE FORMA (Pessoa preenchendo o formulário)

ASSINATURA)

DATA

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

CIDADE

ESTADO

CEP

Telefone: _____ E-mail: _____

O Estatuto da Flórida 837.06 estabelece que quem conscientemente prestar declaração falsa por escrito com a intenção de lograr um servidor público no desempenho de suas funções oficiais será culpado de um delito de segundo grau.