



Sumário das Modificações

Adições e Revisões

Formulários:

Formulário de Autorização à Mídia
Lei de Direitos Educacionais e Privacidade da Família (FERPA)
Formulário de Auto-Exclusão da Lei Every Student Succeeds Act (ESSA)
Formulário de Isenção das Aulas de Vida Familiar/Sexualidade Humana
Formulário de Autorização para Medicação
Formulário de Autorização para Tratamento Respiratório
Formulário de Autorização para Tratamento Gastrointestinal/Geniturinário
Folheto de Aviso de Preocupação de Segurança
Formulário do Programa de Visão Infantil Florida Heiken
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 de 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 Disruptivos
Seção II – Incidentes de Abuso de Substâncias/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 Responsabilização (HIPAA)
Seção IX – Tolerância Zero
Seção IX – Prevenção de Reincidência através de Oportunidades, Orientações, Intervenções, Apoios e Educação (PROMISE)
Seção IX – Medicamentos: Uso, Porte, Venda e/ou Transmissão que Resulta em Suspensão e Possível Expulsão
Seção IX – Infrações de Abuso de Drogas e Substâncias que Resultam em Suspensão e Possível Expulsão
Seção IX – Outras Infrações (Infrações Não Relacionadas ao Abuso de Drogas ou de Substâncias) que Resultam em Suspensão e Possível Expulsão
Seção IX – Expulsão Compulsória
Seção IX – Oportunidades do Programa de Reabilitação (Workback)
Seção IX – Expulsão Fora do Distrito e Outras Medidas
Seção IX – Outras Definições desta Política
Apêndice – Matrizes Disciplinares para K-2º ano; 3º-5º ano; 6º-8º ano e 9º-12º ano

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 o(a) senhor(a) concorda ou discorda das regras, **mas apenas que 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 preencher todos os formulários necessários por via eletrônica, acesse o pacote de informações de Volta às Aulas (<http://www.browardschools.com/bts-onlineforms>).

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 NÃO estão autorizados a permitir que os estudantes desçam do ônibus fora de 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 transmissão e/ou venda ou tentativa de venda de medicamentos de venda livre, e o porte e/ou uso de medicamentos não autorizados estão descritas na Política SB 5006. A Política SB 6305 descreve as regras referentes a 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 confidencialidade dos registros estudantis mantidos pelas escolas, conforme definido na Seção VIII deste livro.
- 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 não 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, toda conduta estudantil fora do campus escolar, que afete gravemente a sua habilidade de aprendizagem, ou a habilidade do membro da equipe escolar de ensinar, pode ser considerada uma infração 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 assédio moral (ver definição de assédio moral 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 demonstrem o uso legal, ético e responsável de tecnologia, incluindo redes, recursos digitais, internet e programas de software, conforme definido na Seção IV deste livro.
- Os pais continuarão a ter responsabilidade sobre alunos que atingem a 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 enviado.

Nome do Estudante (letra de forma)

Assinatura do Estudante

Nome do Pai/Mãe/Responsável (letra de forma)

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável

Data

Termo de Autorização à Mídia do Ano Letivo de 2020/2021 (Todas as Séries)

Como pai/mãe 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, websites da escola e/ou do Distrito, redes sociais/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 endereço residencial do estudante, o telefone do estudante/dos pais, o nível escolar, o número de identificação estudantil, o nome do professor e o número da sala de aula podem ser divulgados para viabilizar as publicações escolares. A posição e o número da camisa do atleta podem ser divulgados durante eventos esportivos.**
2. ____ **NÃO PERMITIREI** que meu filho seja fotografado, filmado e/ou entrevistado para publicações escolares, tais como anuários, jornais escolares, websites da escola e/ou do Distrito, redes sociais/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/Mãe/Responsável (letra de forma)

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável

Data

Formulário de Auto-Exclusão da FERPA do Ano Letivo de 2020/2021 (Todas as Séries)

ATENÇÃO! A seleção das opções abaixo impedirá que as informações selecionadas apareçam em publicações escolares, incluindo o anuário, entre outras, mesmo se o(a) senhor(a) fornecer autorização na Seção B do Termo de Autorização à Mídia.

Por exemplo: A seleção da opção "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. De acordo 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, redes sociais 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 (os 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 Atletas |
| <input type="checkbox"/> Nível 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 das opções acima estarem assinaladas 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/Mãe/Responsável/Estudante Qualificado (letra de forma) _____

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável/Estudante Qualificado _____ Data _____

Nota: em relação 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: De acordo 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 o(a) senhor(a) estiver empregado em uma ocupação qualificada, e deseja solicitar que suas informações pessoais, de seu cônjuge e de seu filho sejam mantidas confidenciais, 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 Auto-Exclusão da ESSA (11º e 12º Anos) - Ano Letivo de 2020/2021

SERVIÇO MILITAR & ENSINO PÓS-SECUNDÁRIO

De acordo 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** do 11º e 12º anos 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 do 11º e 12º anos devem também preencher o Formulário de Auto-Exclusão da FERPA, incluído no Código de Conduta do Estudante.

Nome do Estudante _____ Nível Escolar _____

Nome da Escola _____

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

Assinatura do Pai/Mãe/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) ao terceiro ano inclui lições sobre sentimentos, auto-imagem positiva, tomada de decisões, prevenção de abuso sexual e formas de se manter saudável.

4-5

O currículo do quarto ao quinto ano incorpora lições sobre puberdade, reprodução, HIV, amizade e auto-estima.

6-8

O currículo do sexto ao oitavo ano contém lições sobre temas como abstinência, comunicação, tomada de decisões, reprodução e HIV.

9-12

O currículo do nono ao décimo segundo ano 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 2020/2021 (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”.

Preencha este formulário e envie à escola apenas se desejar que seu filho seja dispensado deste curso. 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 _____ Nível Escolar _____

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

Assinatura do Pai/Mãe/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

Donna P. Korn, Chair
Dr. Rosalind Osgood, Vice Chair

Lori Alhadeff
Robin Bartleman
Heather P. Brinkworth
Patricia Good
Laurie Rich Levinson
Ann Murray
Nora Rupert

Robert W. Runcie
Superintendent of Schools

Prezado(a) Pai, Mãe 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 ingressarem 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 devido formulário/documento 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, diabete, 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 o histórico clínico 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 Diabete (Diabetes Medication/Treatment Authorization) deve ser preenchido pelo profissional de saúde e pelos pais de alunos com diabete. 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)

- Nenhum medicamento será administrado na escola ou durante atividades patrocinadas pela escola sem a autorização por escrito dos pais/responsáveis e sem uma ordem por escrito do prescritor autorizado. Isto inclui tanto medicamentos de prescrição médica como medicamentos de venda livre (OTC).
- O pai/responsável é responsável pelo preenchimento da Parte I e pela obtenção do pedido e assinatura do prescritor autorizado na Parte II. Um novo formulário de Autorização de Medicamento deve ser preenchido a cada 12 meses ou quando são feitas alterações a uma Autorização de Medicamento existente. As informações necessárias incluem nome do aluno, diagnóstico, alergias (não especificar nenhuma ou n/a se não houver nenhuma), nome do medicamento, potência do medicamento, dosagem, horário da administração, via de aplicação, possíveis efeitos colaterais, assinatura do prescritor e data.
- Todos os medicamentos serão administrados pelo pessoal de saúde no local ou por um membro qualificado da equipe escolar designado pelo diretor.
- O medicamento deve ser entregue à escola pelos pais/responsáveis ou, em circunstâncias especiais, por um adulto designado pelos pais/responsáveis. Todos os medicamentos devem ser registrados na clínica pelo pai/mãe/responsável e contados com o(a) enfermeiro(a) ou funcionário da escola. A medicação fornecida pelo aluno não será administrada pelo(a) enfermeiro(a) ou funcionário da escola.
- A dosagem do primeiro dia de qualquer novo medicamento não emergencial deve ser dada em casa antes de poder ser administrada na escola.
- O pai/responsável é responsável por recolher qualquer dose não utilizada de um medicamento após a data de validade do medicamento ou data de validade do pedido do prescritor autorizado. Se o medicamento não for reclamado pelo pai/responsável após três tentativas de contato, o medicamento será encaminhado para o departamento de Gerenciamento de Riscos e será destruído.
- É necessária uma prescrição autorizada e permissão dos pais/responsáveis para medicamentos de emergência autotransportados/ auto-administrados, tais como inaladores para asma ou auto-injetores de epinefrina/Auvi-q para anafilaxia. **É imperativo que o aluno entenda a necessidade de informar à enfermeira da escola ou aos funcionários da escola que eles auto-administraram seu inalador sem qualquer melhoria ou que administraram um auto-injetor de epinefrina/Auvi-q para que se possa chamar o 911.**
- A enfermeira da escola ligará para o prescritor autorizado, conforme permitido pela Lei de Portabilidade de Seguro de Saúde e Prestação de Contas (HIPAA), se surgir uma dúvida sobre o aluno e/ou a medicação do aluno.

Autorização para Medicamentos Específicos de Venda Livre (OTC) com Aprovação dos Pais (somente 9º-12º ano)

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

- Auto-transporte, auto-administração somente dos medicamentos de venda livre selecionados::
 - Tylenol
 - Midol
 - Ibuprofeno
 - Tums
 - Allegra
 - Claritin
 - Lactaid

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

- Alunos de todos os níveis escolares estão autorizados a carregar e se auto-administrar 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 se seu filho precisar de medicação para uma viagem de pernoite que ele normalmente não toma na escola. Atualize as mudanças na condição de saúde de seu filho à medida que elas 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
- 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 o(a) senhor(a) 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 2020/2021 (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

Autorização para Medicação/Tratamento Medicação Prescrita ou de Venda Livre (OTC)

PARTE I: A SER PREENCHIDO PELO PAI/RESPONSÁVEL

Concedo ao diretor ou ao seu designado a permissão para auxiliar ou realizar a administração de cada medicamento para o meu filho durante o horário escolar, inclusive quando ele estiver afastado da propriedade escolar em eventos escolares oficiais. Se o meu filho foi autorizado pelo seu médico a auto-administrar os seus medicamentos, eu autorizo o meu filho a auto-administrar os seus medicamentos na escola e quando estiver afastado da propriedade escolar em eventos escolares oficiais. Se o meu filho não conseguir administrar a medicação por si próprio, dou autorização ao diretor/pessoa designada para realizar a administração da medicação prescrita. Autorizo o contato com o médico/provedor que prescreve este(s) medicamento(s) para esclarecer informações fornecidas na autorização, caso haja necessidade.

Nome do Estudante _____ Data de Nascimento _____ Nível Escolar _____

Escola _____

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável _____ Telefone _____ Data _____

PARTE II: A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO/PROVEDOR

Alergias _____

Diagnóstico _____

MEDICAMENTO	POTÊNCIA	DOSAGEM	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO	VIA	EFEITOS COLATERAIS

Favor assinalar a caixa apropriada:

- Acredito que este estudante recebeu informações adequadas sobre como e quando usar sua medicação e pode usá-la corretamente.
- O estudante deve levar o medicamento em sua pessoa com o conhecimento do diretor. (Um suprimento adicional, a ser usado como reserva, pode ser mantido na clínica da escola ou em outros locais aprovados).
- A medicação será mantida na clínica da escola.

Favor listar quaisquer limitações/precauções que devem ser consideradas _____

Nome do Médico (letra de forma) _____ Assinatura do Médico _____

Telefone do Médico _____ Fax do Consultório Médico _____

Data de Preenchimento _____

PARTE III: A SER PREENCHIDO PELO(A) ENFERMEIRO(A) DA ESCOLA/PESSOA DESIGNADA

Assinale conforme apropriado:

- As Partes I e II estão preenchidas por completo, incluindo as assinaturas.
- Os medicamentos prescritos estão devidamente rotulados pelo farmacêutico.
- A autorização e o rótulo do medicamento são correspondentes e o rótulo da farmácia **NÃO** está vencido.
- O medicamento de venda livre está em um recipiente original com a dosagem e o rótulo do fabricante, etiquetado com o nome do estudante e o selo de segurança está intacto.
- O medicamento foi registrado na clínica pelos pais e contado com um funcionário da escola.

Pessoa Designada/Pessoal de Saúde (Letra de forma)

Pessoa Designada/Pessoal de Saúde (Assinatura)

Data

Autorização para Medicamentos Seleccionados de Venda Livre (OTC) com Aprovação dos Pais (9º-12º Ano) 2020/2021

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 Seleccionados de Venda Livre (OTC) com Aprovação dos Pais (9º-12º Ano)

Instruções: Cada seção deve ser preenchida pelos pais/responsáveis para que o aluno possa carregar ou auto-administrar qualquer um dos medicamentos de venda livre (OTC) seleccionados apenas com a aprovação dos pais. O formulário é nulo se alguma seção estiver incompleta. Este formulário deve ser assinado pelo pai/mãe/responsável, aluno, e ser autenticado.

I. Informações do Estudante/Pais

Nome do Estudante (letra de forma)	Data de Nasc.:	Alergias	Nível Escolar:
Pai/Mãe/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 seleccionado. 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; (febre acima 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 acima 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/mãe/responsável)

Ao assinar abaixo, eu (pai, mãe ou responsável legal) entendo que o medicamento de venda livre selecionado com permissão apenas dos pais será carregado e administrado pelo próprio aluno. Entendo que se eu permitir que meu filho carregue e se auto-administre 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 o medicamento de venda livre em excesso das duas (2) doses diárias autorizadas, vender ou repassar este medicamento, 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 auto-administração de medicamentos selecionados 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/Mãe/Responsável (letra de forma) _____

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável _____ Relação com o Estudante _____

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)
2020/2021**

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/mãe/responsável para que o aluno possa carregar e auto-administrar qualquer um dos Produtos Tópicos de Venda Livre listados para uso apenas com aprovação dos pais. O formulário é nulo se alguma seção estiver incompleta.

I. Informações do Estudante/Pais

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

A Ser Preenchido pelo Pai/Mãe/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

Iniciais do Pai/Mãe: _____

Aplicar de acordo com as instruções do fabricante

Protetores Solares

Porte e auto-aplicação

Iniciais do Pai/Mãe: _____

Aplicar de acordo com as instruções do fabricante

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

Ao assinar abaixo, eu (pai, mãe ou responsável legal) entendo que os produtos tópicos de venda livre, para uso somente com autorização dos pais serão aplicados pelo aluno e não por profissionais de saúde. Assumo plena responsabilidade de que o produto tópico, o qual autorizei, é apropriado para a idade. Entendo que posso permitir que meu filho carregue e administre por si próprio os produtos tópicos listados acima e assumo plena responsabilidade por qualquer consequência resultante da aplicação 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 sofrerá consequências com base na Matriz Disciplinar do Distrito. Ao assinar este formulário, assumo plena responsabilidade por qualquer consequência resultante da aplicação 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/Mãe/Responsável (letra de forma) _____

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável _____ Relação com o Aluno _____

Telefone Residencial _____ Telefone do Trabalho/Celular _____

Endereço de E-mail _____

Formulário de Autorização para Tratamento Respiratório de 2020/2021 (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

Autorização para Tratamento com Medicação - Formulário de Tratamento Respiratório

PARTE I: A SER PREENCHIDO PELO PAI/RESPONSÁVEL

Concedo ao diretor ou ao seu designado a permissão para auxiliar ou realizar a administração de cada tratamento/procedimento para o meu filho durante o horário escolar, inclusive quando ele/ela estiver afastado da propriedade escolar para eventos escolares oficiais. Autorizo o contato com o médico/provedor que prescreve este(s) medicamento(s) para esclarecer informações fornecidas na autorização, caso haja necessidade. **NOTA: Somente tratamentos autorizados pelo médico podem ser administrados por funcionários da escola. É da responsabilidade dos pais/responsáveis notificar a escola quando houver uma mudança no plano de tratamento.**

Escola _____

Nome do Estudante _____ Data de Nasc. _____ Nível Escolar _____

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável _____ Telefone _____ Data _____

PARTE II: A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO/PROVEDOR

Esta seção deve ser preenchida pelo médico quando for necessário um conhecimento especializado de enfermeira/pessoal treinado para administrar medicamentos e/ou tratamentos aos alunos durante o período escolar. Quando aplicável, a avaliação deste pedido será realizada pela equipe do Plano de Educação Individual (IEP) para determinação do apoio e serviços a serem prestados a este aluno.

Diagnóstico	Alergias
<input type="checkbox"/> Vias Aéreas Artificiais Tipo _____ Tamanho _____	<input type="checkbox"/> Oxigênio Oxigênio fornecido via <input type="checkbox"/> Cânula Nasal <input type="checkbox"/> Máscara Facial Taxa de Fluxo de Oxigênio _____ Litros Por Minuto (LPM)
<input type="checkbox"/> Ventilador Tipo _____ Modelo _____ Suporte de pressão _____ Pressão/IPAP _____ Volume Corrente _____ Frequência Respiratória _____ FIO2/LPM _____ PEEP/EPAP _____ Fluxo Inspiratório _____ Volume Minuto Baixo _____ Pressão alta _____ Pressão Baixa _____	<input type="checkbox"/> Monitoramento de Oxímetro de Pulso Frequência _____ Mantenha as saturações de oxigênio acima ___% <input type="checkbox"/> CPT Frequência: _____
<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oral/Nasal <input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input type="checkbox"/> BiPAP/CPAP Configurações: _____
<input type="checkbox"/> Nebulizador Favor especificar a ordem _____ Conforme necessário/Diariamente por _____ (Faça círculo em um)	<input type="checkbox"/> Inalador Favor especificar a ordem _____ Conforme necessário/Diariamente por _____ (Faça círculo em um)

Liste quaisquer limitações/precauções que devem ser consideradas; por exemplo, educação física, intolerância à atividade, atividades ao ar livre, sensibilidade ao calor, transporte, levantamento, movimento, dispositivos/equipamentos especiais: _____

Não há serviços médicos de emergência especiais disponíveis na escola. Visto que somente CPR e primeiros socorros estão disponíveis até a chegada do 911, isto é adequado para a sobrevivência dos estudantes? Sim Não. Explique: _____

Nome do Médico (letra de forma) _____ Assinatura do Médico _____

Telefone do Médico _____ Fax do Consultório Médico _____

Data de Preenchimento _____

Formulário de Autorização para Tratamento Gastrointestinal/Geniturinário de 2020/2021 (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

Autorização para Medicação/Tratamento - Formulário de Tratamento Gastrointestinal/Geniturinário (GI/GU)

PARTE I: A SER PREENCHIDO PELO PAI/RESPONSÁVEL

Concedo ao diretor ou ao seu designado a permissão para auxiliar ou realizar a administração de cada tratamento/procedimento para o meu filho durante o horário escolar, inclusive quando ele/ela estiver afastado da propriedade escolar para eventos escolares oficiais. Autorizo o contato com o médico/provedor que prescreve este(s) medicamento(s) para esclarecer informações fornecidas na autorização, caso haja necessidade. **NOTA: Somente tratamentos autorizados pelo médico podem ser administrados por funcionários da escola. É da responsabilidade dos pais/responsáveis notificar a escola quando houver uma mudança no plano de tratamento.**

Escola _____

Nome do Estudante _____ Data de Nasc. _____ Nível Escolar _____

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável _____ Telefone _____ Data _____

PARTE II: A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO/PROVEDOR

Esta seção deve ser preenchida pelo médico quando for necessário um conhecimento especializado de enfermeira/pessoal treinado para administrar medicamentos e/ou tratamentos aos alunos durante o período escolar. Quando aplicável, a avaliação deste pedido será realizada pela equipe do Plano de Educação Individual (IEP) para determinação do apoio e serviços a serem prestados a este aluno.

Diagnóstico	Alergias
<input type="checkbox"/> Tubo G Tipo de Tubo G _____ Tamanho _____ Comprimento FR _____cm Volume do Balão _____mL <input type="checkbox"/> Alimentação oral tolerada <input type="checkbox"/> Nada por via oral <input type="checkbox"/> Não acessado durante o horário escolar Tipo(s) de alimentação oral tolerado(s) _____ Fórmula da alimentação de tubo _____ Quantidade de alimentação _____ Fornecida via <input type="checkbox"/> Bomba _____mL/hr <input type="checkbox"/> Gravidade Frequência _____ Limpeza com água _____mL Frequência _____ Se o Tubo G se desalojar e o aluno estiver recebendo serviços individualizados de uma enfermeira treinada, a enfermeira poderá substituir o Tubo G <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar instruções _____	Instruções para Cuidados com Ostomia _____ Cateterismo: <input type="checkbox"/> Longa permanência <input type="checkbox"/> Suprapúbico <input type="checkbox"/> Tipo preservativo <input type="checkbox"/> Mitrofanoff <input type="checkbox"/> Reto <input type="checkbox"/> Urostomia Tamanho do Catéter _____ Frequência _____

Liste quaisquer limitações/precauções que devem ser consideradas; por exemplo, educação física, intolerância à atividade, atividades ao ar livre, sensibilidade ao calor, transporte, levantamento, movimento, dispositivos/equipamentos especiais: _____

Não há serviços médicos de emergência especiais disponíveis na escola. Visto que somente CPR e primeiros socorros estão disponíveis até a chegada do 911, isto é adequado para a sobrevivência dos estudantes? Sim Não. Explique: _____

Nome do Médico (letra de forma) _____ Assinatura do Médico _____

Telefone e Fax do Consultório Médico _____ Data de Preenchimento _____

Formulário de Auto-Exclusão da Triagem de Saúde de 2020/2021 (Jardim de Infância, 1º, 3º e 6º Anos)

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

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

Formulário de Auto-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 de alunos do ensino público do jardim de infância (KG), 1º, 3º e 6º anos, 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 visam reduzir as limitações de saúde ao aprendizado e podem ser realizados individualmente ou em grupos. **Os pais ou responsáveis têm o direito de optar por excluir seus filhos das triagens.**

Nota: Se o pai ou mãe NÃO desejar que seu filho faça um ou mais dos exames, deve-se assinalar a caixa correspondente abaixo, redigir e assinar seu nome, e enviar 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, caso o aluno se matricular após o início do ano letivo.

Nome do Estudante _____ Gênero _____

Escola _____ Nível Escolar _____

NÃO EXAMINE:

Visão (Jardim de Infância, 1º, 3º e 6º anos)

Audição (Jardim de Infância, 1º e 6º anos)

Altura e Peso / IMC (BMI) (1º, 3º e 6º anos)

Escoliose (6º ano)

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

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável _____

Data _____

Formulário do Programa de Visão Infantil Florida Heiken de 2020/2021 (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) _____ Nível Escolar _____ 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/Mãe/Responsável durante o dia _____

Nome do Pai/Mãe/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, favor explicar: _____

O seu filho já teve algum dos seguintes:

- | SIM | NÃO | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirurgia/Lesão dos Olhos |
| <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 PROCESSAMENTO MAIS RÁPIDO E SEGURO, FAÇA SOLICITAÇÃO 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

+ 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 nível escolar você permitiria que seu filho caminhasse ou fosse de bicicleta para a escola sem um adulto?

(Selecione ano escolar entre PK, K, 1, 2, 3...) ano (ou) Eu não me sentiria seguro em nenhum nível escolar

+ 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 TODAS as opções aplicáveis)

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)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Distância..... | <input type="checkbox"/> Meu filho já vai/volta da escola a pé ou de bicicleta |
| <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"/> 1º ao 8º ano (Ensino fundamental) | <input type="checkbox"/> 1 a 3 anos de faculdade (Faculdade ou escola técnica incompleta) |
| <input type="checkbox"/> 9º ao 11º ano (Ensino médio incompleto) | <input type="checkbox"/> 4 anos de faculdade ou mais (Formado da faculdade) |
| <input type="checkbox"/> 12º ano ou GED (Formado do ensino médio) | <input type="checkbox"/> Prefiro não responder |

16. Forneça comentários adicionais abaixo.

Questionário de Moradia Estudantil (SHQ) 2020/2021 (Todas as Séries)



QUESTIONÁRIO DE MORADIA ESTUDANTIL (SHQ)



ATENÇÃO pais, cuidadores e jovens 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 passando por instabilidade habitacional, conforme definido pelo subtítulo V11-B da Lei McKinney-Vento Homeless Assistance Act (42 U.S.C. 11431 et seq.). De acordo com esta legislação federal, através da orientação do programa HEART, as Escolas Públicas do Condado de Broward são responsáveis pela eliminação das barreiras sistêmicas à educação de estudantes sem-teto, implementando as disposições da lei.

Ao preencher este questionário, seu(s) filho(s) em idade escolar poderá(ão) qualificar-se para os serviços e recursos HEART para ajudar a garantir a estabilidade escolar.

1. Com quem o(s) estudante(s) mora(m)?

- Pai/Mãe
 Tutor legal
 Adulto (maior de 18 anos) que cuida de um estudante que não pode morar com os pais ou tutor legal no momento.

Nome (completo): _____ Relação: _____

***IMPORTANTE: Favor entrar em contato com a escola do aluno para preencher o Formulário de Autorização de Cuidador.**

- Sou um jovem desacompanhado. Não moro com nenhum de meus pais, nem com um tutor legal neste momento.

2. Onde você mora atualmente?

- Eu alugo ou sou dono de minha casa → **PARE AQUI E SIGA PARA A PERGUNTA Nº 4**
 Em um abrigo de emergência ou transitório (A)
 Provisoriamente com um familiar ou amigo (compartilhando moradia) devido a perda de moradia, dificuldades financeiras ou razão semelhante (B)
 Em um veículo, estacionamento de trailers ou área de camping, prédio abandonado, ou outra habitação precária (D)
 Em um hotel ou motel devido à perda de moradia, dificuldades financeiras ou razão semelhante (E)

3. Qual a causa de sua residência temporária?

- Despejo; Violência doméstica; Desemprego; Deficiência Médica/Mental, Pobreza; Falta de Moradia Acessível (O)
 Perda de hipoteca (M) Furacão (H) Terremoto (E) Inundação (F) Desastre causado pelo homem (D)
 Tempestade tropical (S) Tornado (T) Incêndio florestal ou residencial (W) Desastre natural - Outros (N)

***IMPORTANTE: Favor fornecer as informações solicitadas abaixo de todos os filhos em idade escolar (PreK-12) matriculados ou pendentes de matrícula em uma escola pública ou charter do Condado de Broward, FL. Se tiver filhos matriculados em várias escolas, favor enviar um questionário preenchido para cada escola.**

Nome do Estudante (Nome e sobrenome)	Nº ID do Estudante	M/F	Data de Nascimento (mm/dd/aa)	Nível Escolar	Nome da Escola Atual

Ao assinar abaixo, atesto que as informações fornecidas são verdadeiras:

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

ASSINATURA

DATA

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

CIDADE

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

O Estatuto 837.06 da Flórida prevê que quem conscientemente prestar uma falsa declaração por escrito com a intenção de enganar um funcionário público no cumprimento de seu dever oficial será culpado de um delito de segundo grau.

Política de Preços de Refeições de 2020/2021 (Todas as Séries)

É hora de
**RECARREGAR
A ENERGIA!**

Broward County Public Schools
Food and Nutrition Services



Política de Preços de Refeições

As Escolas Públicas do Condado de Broward (BCPS) entendem como é importante se certificar de que as crianças recebam refeições nutritivas e equilibradas para recarregarem a energia e aprenderem!

POLÍTICA DE PREÇOS DE REFEIÇÕES DO CAFÉ DA MANHÃ E ALMOÇO

- O café da manhã gratuito universal está disponível todos os dias de aula para TODOS os alunos da BCPS, sem custo.
- Os alunos devem pagar por seu almoço no momento do serviço.
- Se o aluno não puder pagar o almoço, nossa política permite o débito de uma refeição em sua conta.
- Se a conta não for reabastecida, o aluno receberá um almoço alternativo.
- Fazemos o possível para assegurar que os alunos sejam alertados com avisos verbais diários, juntamente com uma carta enviada para casa. Os pais recebem notificações diárias por telefone até que os fundos sejam reabastecidos.

PAGAMENTO DE REFEIÇÕES

- Faça pagamentos de refeições on-line em www.myschoolbucks.com ou baixe o aplicativo MySchoolBucks no seu smartphone.
- O MySchoolBucks permite que você gerencie as contas de refeição escolar do aluno, incluindo a configuração de pagamentos automáticos e alertas de saldo baixo. (É cobrada uma taxa de conveniência de \$1,95 por cada transação de crédito/débito).
- Pagamentos em dinheiro ou cheque também podem ser enviados para o refeitório da escola do seu filho.

REFEIÇÕES GRATUITAS E A PREÇO REDUZIDO

- A BCPS oferece refeições gratuitas e a preço reduzido para os alunos que se qualificam para benefícios alimentares.
- Todos os alunos devem pagar o preço total do almoço, a menos que tenham sido qualificados para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido pelo departamento de Benefícios de Alimentação (Meal Benefits).
- Solicitações são aceitas a qualquer momento durante o ano letivo e apenas um formulário precisa ser preenchido por família.
- As famílias podem preencher um requerimento de benefícios de refeições para determinar sua qualificação para refeições gratuitas e a preço reduzido. Isso pode ser feito em www.myschoolapps.com
- Para obter mais informações e saber do andamento do pedido, entre em contato com Benefícios de Alimentação (Meal Benefits) pelo telefone 754-321-0250.

PREÇOS DAS REFEIÇÕES

NÍVEL ESCOLAR	PREÇO DO CAFÉ DA MANHÃ	PREÇO DO ALMOÇO
Fundamental	GRATUITO	\$2.00
Intermediário	GRATUITO	\$2.35
Médio	GRATUITO	\$2.50
Preço Reduzido <i>(Alunos Qualificados)</i>	GRATUITO	\$0.40
Adulto	\$1.80	\$2.75
Copo de Leite	\$0.50	\$0.50
Itens à la carte	browardschools.com/Page/30956	

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)?

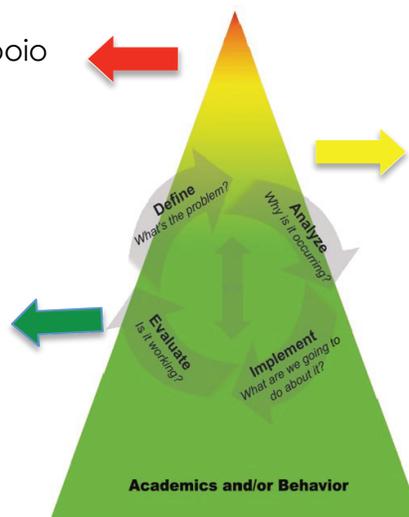
O **MTSS** é um termo usado para descrever um modelo empírico de educação que integra o ensino acadêmico e de comportamento e a intervenção para promover o êxito de todos os alunos.

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>

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 o(a) senhor(a) concorda ou discorda das regras, **mas apenas que 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 preencher todos os formulários necessários por via eletrônica, acesse o pacote de informações de Volta às Aulas (<http://www.browardschools.com/bts-onlineforms>).

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 NÃO estão autorizados a permitir que os estudantes desçam do ônibus fora de 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 transmissão e/ou venda ou tentativa de venda de medicamentos de venda livre, e o porte e/ou uso de medicamentos não autorizados estão descritas na Política SB 5006. A Política SB 6305 descreve as regras referentes a 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 confidencialidade dos registros estudantis mantidos pelas escolas, conforme definido na Seção VIII deste livro.
- 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 não 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, toda conduta estudantil fora do campus escolar, que afete gravemente a sua habilidade de aprendizagem, ou a habilidade do membro da equipe escolar de ensinar, pode ser considerada uma infração 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 assédio moral (ver definição de assédio moral 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 demonstrem o uso legal, ético e responsável de tecnologia, incluindo redes, recursos digitais, internet e programas de software, conforme definido na Seção IV deste livro.
- Os pais continuarão a ter responsabilidade sobre alunos que atingem a maioria (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 enviado.

Nome do Estudante (letra de forma)

Assinatura do Estudante

Nome do Pai/Mãe/Responsável (letra de forma)

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável

Data