

Office of the Superintendent

Dr. Vickie L. Cartwright,

Superintendent of Schools

600 Southeast Third Avenue

Fort Lauderdale, Florida 33301

phone: 754-321-2600 • fax: 754-321-2701

[Supt. Cartwright@browardschools.com](mailto:Supt.Cartwright@browardschools.com)

browardschools.com

**The School Board of
Broward County, Florida**

Laurie Rich Levinson, Chair
Patricia Good, Vice Chair

Lori Alhadeff
Daniel P. Foganholi
Debra Hixon
Donna P. Korn
Sarah Leonardi
Ann Murray
Nora Rupert

Dr. Vickie L. Cartwright
Superintendent of Schools

Bem-vindos ao Novo Ano Letivo!

Prezados Pais e Alunos:

Como sua Superintendente, estou empenhada em trabalhar em conjunto com os funcionários, pais e comunidade para atender às necessidades educacionais de todos os alunos em um ambiente seguro de aprendizagem.

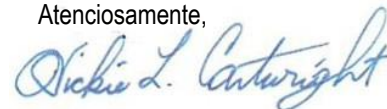
O Código de Conduta do Estudante, Política 5.8, fornece informações específicas sobre as regras a serem cumpridas por todos os alunos, assim como as consequências para as violações da política estabelecida neste documento. A política do Código de Conduta do Estudante trata das expectativas para todos os alunos em termos de frequência assídua e pontual, respeito por pessoas e propriedade, vestuário apropriado, uso de tecnologia, publicações estudantis, atividades estudantis, registros estudantis e o direito a recurso, incluindo procedimentos de reclamação. Favor rever com atenção todas as informações da política do Código de Conduta do Estudante e discutir em conjunto as consequências da violação das regras.

O Código de Conduta do Estudante, Política 5.8, será distribuído por via eletrônica. Os pais e alunos devem assinar uma declaração indicando que acessaram o Código de Conduta do Estudante on-line, estão cientes da explicação das regras contidas na política e selecionaram suas opções quanto à divulgação de informações na mídia e no diretório.

É importante rever anualmente o Código de Conduta do Estudante, Política 5.8, visto que o mesmo incorpora modificações das versões anteriores. A lista de modificações significantes pode ser encontrada na página ix. O Código de Conduta do Estudante pode ser encontrado no website do distrito (www.browardschools.com) sob *School Board Policies*. É possível também assistir ao vídeo do Código de Conduta do Estudante no canal de televisão BECON e no website do distrito. As escolas irão fornecer a programação aos pais e alunos.

Desejo a todos um ano letivo gratificante, motivante e seguro, enquanto nos empenhamos em continuar educando os alunos de hoje para o mundo de amanhã.

Atenciosamente,



Dra. Vickie L. Cartwright
Superintendente

VLC/VFH/DW/ar



Sumário das Modificações

Exclusões, Revisões e Esclarecimento de Linguagem Referente a:

- Introdução & Princípios Orientadores
- Introdução e Princípios Orientadores – Seção C
- Seção III – Código de Vestuário
- Seção IX – Tolerância Zero
- Seção IX – Prevenção de Reincidência através de Oportunidades, Mentoria, Intervenções, Apoios e Educação
- Seção IX – Medicação: Uso, Posse, Venda e/ou Transmissão que Levam à Suspensão e Possível Expulsão
- Seção IX – Consequências de Comportamentos Graves que Levam à Suspensão e/ou Expulsão
- Seção IX – Infrações por Abuso de Drogas e Substâncias que Levam à Suspensão e Possível Expulsão
- Seção IX – Uso, Posse, Venda e/ou Transmissão de Tabaco, Produtos de Tabaco, Nicotina, Cigarros Eletrônicos, Dispositivos a Vapor e/ou Componentes de Cigarros Eletrônicos, Dispositivos a Vapor, ou Semelhantes
- Seção IX – Uso e/ou Posse de Folhas de Maconha (menos de 20 g), Álcool e ou Outras Substâncias que Alteram o Comportamento
- Seção IX – Estar Sob Influência de Folhas de Maconha, Álcool e/ou Outras Substâncias que Alteram o Comportamento
- Seção IX – Uso, Posse, Venda, Tentativa de Venda, Transmissão de Acessórios para Drogas
- Seção IX – É Proibido o Uso e Posse de Substâncias Não Autorizadas
- Seção IX – É Proibido estar Sob a Influência de Substâncias Não Autorizadas
- Seção IX – Procedimentos para Venda, Tentativa de Venda e/ou Transmissão de Álcool ou Bebidas Alcoólicas, Incluindo Substâncias Consideradas ou Representadas como Álcool ou Bebidas Alcoólicas
- Seção IX – Procedimentos para Posse com Intenção de Venda, Venda, Tentativa de Venda e/ou Transmissão de Folhas de Maconha (menos de 20g), Venda, Tentativa de Venda e/ou Transmissão de Drogas ou Substâncias que Alteram o Comportamento, ou Outras Substâncias Consideradas ou Representadas como Drogas ou Substâncias que Alteram o Comportamento
- Seção IX – Outras Infrações (Infrações Não Relacionadas ao Abuso de Drogas ou de Substâncias) que Levam à Suspensão e Possível Expulsão
- Seção IX – Infrações que Levam à Expulsão Obrigatória
- Seção IX – Expulsão Compulsória
- Seção IX – Armas - Classe B (Posse, Exibição, Uso, Venda, Transmissão) são proibidas nas dependências/propriedades escolares e em atividades e transporte sancionados pela escola
- Seção IX – Outras Definições desta Política
- Seção X – Direito a Recurso
- Apêndice – Matrizes de Disciplina

Linguagem Adicional:

- Princípios Orientadores e Direitos dos Pais
- Seção II – Programa de Bolsas de Estudo Hope
- Seção VI – Momento de Silêncio
- Seção IX – Tolerância Zero
- Seção IX – Consequências de Comportamentos Graves que Levam à Suspensão e/ou Expulsão
- Seção IX – Infrações por Abuso de Drogas e Substâncias que Levam à Suspensão e Possível Expulsão
- Seção IX – Infrações que Levam à Expulsão Compulsória
- Seção IX – Oportunidades do Programa de Reabilitação (Workback)
- Seção IX – Outras Definições desta Política



Confirmação de Recebimento

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 a posse 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 infrações 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: <https://www.browardschools.com/Page/37754>.
- 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.

Observação: 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(a) Estudante (letra de forma)

Assinatura do(a) Estudante

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

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável

Data

Termo de Autorização à Mídia do Ano Letivo de 2022/2023 (Todas as Séries)

Como pai/mãe de um(a) aluno(a) das Escolas Públicas do Condado de Broward, estou ciente de que meu filho/a pode ser fotografado, filmado ou entrevistado pela imprensa, por escolas e pelo Distrito para fins informativos e/ou promocionais, conforme indicado abaixo.

Escolha uma Opção tanto na Seção A como na Seção B

(Se nenhuma opção for selecionada nas duas 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/minha filho/a seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) pela imprensa, se a imprensa obtiver a devida autorização das Escolas Públicas do Condado de Broward.
2. ____ **NÃO PERMITIREI** que meu/minha filho/a seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) pela imprensa.

Seção B - Escolas Públicas do Condado de Broward

Favor Assinalar a Opção nº 1 ou a Opção nº 2

1. ____ **PERMITIREI** que meu/minha filho/a seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) para publicações escolares (tais como anuários e jornais escolares), meios de comunicação da escola e do Distrito (por exemplo, websites e redes sociais), BECON-TV e eventos e atividades escolares. **Observação: Para viabilizar as publicações escolares, o Distrito pode divulgar informações para fornecedores aprovados, tais como o nome do(a) estudante, o endereço residencial do(a) estudante, o telefone do(a) estudante/dos pais, o nível escolar, os nomes dos professores e os números das salas de aula. Em casos de eventos esportivos, as posições e os números das camisas dos atletas podem ser divulgados.**
2. ____ **NÃO PERMITIREI** que meu/minha filho/a seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) para publicações escolares (por exemplo, anuários e jornais escolares), meios de comunicação da escola e do Distrito (por exemplo, websites e redes sociais), BECON-TV e eventos e atividades escolares.

Nome do(a) Estudante (letra de forma)

Assinatura do(a) Estudante

Data

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

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável

Data

Formulário de Autoexclusão da FERPA do Ano Letivo de 2022/2023 (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(a) 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:

- (a) faculdades, universidades ou outras instituições de ensino superior em que o estudante esteja matriculado, tenha interesse em se matricular ou possa ser recrutado;
- (b) 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);
- (c) 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
- (d) 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(a) Estudante | <input type="checkbox"/> Nome do(a) 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).

Observação: 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(a) estudante se matricular após o início do ano letivo.

Nome do(a) Estudante _____ Escola _____

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

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável/Estudante Qualificado(a) _____ Data _____

Observação: 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 autoexclusão (34 CFR 99.37(b)).

Para pais em determinadas ocupações:

Observação: 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 Autoexclusão da ESSA (11º e 12º Anos) - Ano Letivo de 2022/2023

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(a) 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 pós-secundárias:

1. _____ **PERMITIREI** que as informações limitadas indicadas acima sejam divulgadas para instituições pós-secundárias.
2. _____ **NÃO PERMITIREI** que as informações limitadas indicadas acima sejam divulgadas para instituições pós-secundárias sem meu consentimento prévio.

Observação: 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 (a) 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 Autoexclusão da FERPA, incluído no Código de Conduta do Estudante.

Nome do(a) Estudante _____ Série _____

Nome da Escola _____

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

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável/Estudante Qualificado(a) _____

Data _____

Formulário de Isenção de Aulas de Vida Familiar/Sexualidade Humana de 2022/2023 (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/a seja dispensado deste curso. Seu filho/a 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/a. Recursos adicionais para pais e vídeos de estratégias sobre como falar com seu filho/a sobre saúde sexual estão disponíveis em <https://www.browardschools.com/page/45860>.

Observação: Favor assinalar e assinar abaixo para isentar seu filho/a 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/a participe do currículo de Vida Familiar/Sexualidade Humana.

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

Nome da Escola _____

Nome do(a) Estudante _____ Série _____

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

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável _____ Data _____



THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

1400 N.W. 14th Court • Fort Lauderdale, Florida 33311 • Office 754-321-1575 • Fax: 754-321-1696

Coordinated Student Health Services
Gail Adams, Director (Task Assigned)
www.browardschools.com
gail.adams@browardschools.com

The School Board of
Broward County, Florida

Laurie Rich Levinson, Chair
Patricia Good, Vice Chair

Lori Alhadeff
Daniel P. Foganholi
Debra Hixon
Donna P. Korn
Sarah Leonardi
Ann Murray
Nora Rupert

Dr. Vickie L. Cartwright
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 de seu filho/a às Escolas Públicas do Condado de Broward. Em caso de dúvidas, não hesite em contatar sua escola.

Doenças Transmissíveis

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

Mantenha o seu filho/a em casa se ele/ela apresentar:

- Sintomas semelhantes ao da gripe
- Febre acima de 100,4 °F (38 °C)
- Tosse persistente
- Dor de cabeça
- Perda recente do paladar ou olfato
- Falta de ar / dificuldade para respirar
- Calafrios
- Dores musculares ou no corpo
- Náusea
- Vômito
- Diarreia
- Fadiga
- Congestão ou coriza
- Dor de garganta
- Erupções cutâneas, secreção amarela nos olhos, catarro amarelo-esverdeado resultante de tosse ou resfriado

Condições Crônicas de Saúde

Se o seu filho/a 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 o histórico clínico no verso da ficha
- Reunir-se com a administração escolar para tratar dos cuidados de saúde do aluno enquanto na escola
- Fornecer à escola um formulário atualizado de Autorização para Medicamento, assinado pelo profissional de saúde e pelos pais, caso o aluno tomar medicamento.
- Fornecer à escola os medicamentos listados no formulário atual de Autorização de Medicamento no frasco original.

Observação: O formulário de Autorização para Medicamento/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 Medicamento/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 médico 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 médico 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 escrever n/a se não houver nenhuma), nome do medicamento, potência do medicamento, dosagem, horário da administração, via de aplicação, possíveis efeitos colaterais, assinatura do médico 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. O medicamento fornecido pelo aluno não será administrado pelo(a) enfermeiro(a) ou funcionário da escola.
- Todos os medicamentos prescritos devem ser fornecidos na embalagem original com a etiqueta da farmácia. A etiqueta da farmácia não pode ser vencida. Os medicamentos de venda livre devem ser recebidos na embalagem original com o selo de segurança intacto.
- A primeira dose de qualquer medicamento novo não emergencial deve ser dada em casa antes de poder ser administrada na escola.
- O pai/responsável é responsável pela coleta de qualquer parte não utilizada de um medicamento após a data de validade do medicamento ou data de validade do pedido do médico autorizado. Se o medicamento não for retirado pelo pai/responsável após três tentativas de contato, o medicamento será encaminhado para o departamento de Gerenciamento de Riscos e será descartado.
- 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 médico 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 o medicamento do aluno.

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

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

- Auto-transporte, auto-administração somente dos medicamentos de venda livre seleccionados:
 - 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.

Observação: Planeje as excursões escolares com antecedência se seu filho/a precisa de medicamento que ele/ela normalmente não toma na escola durante uma viagem de pernoite. Atualize as mudanças na condição de saúde de seu filho/a à medida que elas ocorrem.

Imunizações (Consulte F.S. §1003.22)

- Certifique-se de que as imunizações necessárias do seu filho/a 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.

Informações adicionais sobre os requisitos de admissão escolar podem ser encontrados na página <https://www.browardschools.com/Page/56759>. Em caso de dúvidas, favor entrar em contato com a escola do seu filho/a.

Formulário de Autorização para Medicamento de 2022/2023 (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 Medicamento/Tratamento Medicamento Prescrito 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/a durante o horário escolar, inclusive quando ele/ela estiver fora da propriedade escolar em eventos escolares oficiais. Se meu filho/a foi autorizado por seu médico a auto-administrar seus medicamentos, eu autorizo o meu filho/a a auto-administrar seus medicamentos na escola e quando estiver fora da propriedade escolar em eventos escolares oficiais. Se meu filho/a não for capaz de auto-administrar seus medicamentos, eu dou permissão para que o diretor/pessoa designada faça a administração dos medicamentos prescritos. Autorizo o contato com o médico/provedor que prescreve este(s) medicamento(s) para esclarecer informações fornecidas sobre a autorização, caso haja necessidade.

Nome do(a) Estudante _____ Data de Nascimento _____ Série _____

Escola _____

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável _____ Telefone _____ Data _____

PARTE II: A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO/PROVEDOR (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN/PROVIDER)

Allergies _____

Diagnosis _____

MEDICATION	STRENGTH	DOSAGE	TIME(S) TO BE GIVEN	ROUTE	SIDE EFFECTS

Please check the appropriate box:

- I believe that this student has received adequate information on how and when to use their medication and they can use it properly.
- The student is to carry the medication on their person with the principal's knowledge. (An additional supply, to be used as backup may be kept in the school health room or other approved locations)
- The medication will be kept in the school health room.

Please list any limitations/precautions that should be considered _____

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

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

Date Completed _____

PARTE III: A SER PREENCHIDO PELO(A) ENFERMEIRO(A) DA ESCOLA/PESSOA DESIGNADA (TO BE COMPLETED BY SCHOOL HEALTH NURSE/DESIGNEE)

Check as appropriate:

- Parts I and II are completed in entirety, including signatures.
- Prescription medication is property labeled by pharmacist.
- Medication authorization and medication label are consistent and pharmacy label is **NOT** expired.
- Over-the-counter medication is in an original container with the manufacturer's dosage and label, labeled with student's name and safety seal is intact.
- Medication has been signed into clinic by parent and counted with school staff member.

School Designee/Healthcare Personnel (Print)

School Designee/Healthcare Personnel (Signature)

Date

**Autorização para Medicamentos Seleccionados de Venda Livre (OTC) com Aprovação dos Pais (9º-12º Ano)
2022/2023**

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 autoadministrar 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. Dados do(a) Estudante/Pais

Nome do(a) Estudante (letra de forma)		Data de Nasc.:	Alergias	Série:
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	Validade 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/a carregue e se autoadministre o medicamento, assumo plena responsabilidade por qualquer consequência resultante da administração do medicamento por meu filho/a. 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/a que se ele/ela usar o medicamento de venda livre em excesso das duas (2) doses diárias autorizadas, vender ou transmitir este medicamento, ele/ela receberá a consequência descrita na Matriz Disciplinar do Distrito. Ao assinar este formulário, assumo plena responsabilidade por qualquer consequência resultante da posse e autoadministração de medicamentos selecionados de venda livre. Também isento o Conselho Escolar do Condado de Broward, Flórida, de qualquer responsabilidade se meu filho/a usar o medicamento em excesso das doses autorizadas, vender ou transmitir algum dos medicamentos identificados acima.

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

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável _____ Relação com o(a) Estudante _____

Telefone Residencial _____ Telefone do Trabalho/Celular _____

Endereço de E-mail _____

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

Nome do(a) Estudante (letra de forma) _____

Assinatura do(a) Estudante _____

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

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)
2022/2023**

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(a) pai/mãe/responsável para que o(a) aluno(a) possa carregar e autoadministrar qualquer um dos Produtos Tópicos de Venda Livre listados e aprovados pelos pais. O formulário é nulo se alguma seção estiver incompleta.

I. Dados do(a) Estudante/Pais

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

A Ser Preenchido pelo(a) Pai/Mãe/Responsável

NÃO SE PERMITEM PRODUTOS DE AEROSSOL OU ACIONADOS POR BOMBA

Repelentes de Insetos e Mosquitos

Posse e auto-aplicação somente de lenços umedecidos e loções

Aplicar de acordo com as instruções do fabricante

Iniciais do(a) Pai/Mãe: _____

Protetores Solares

Posse e auto-aplicação

Aplicar de acordo com as instruções do fabricante

Iniciais do(a) Pai/Mãe: _____

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/a 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/a. 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/a 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/a vender ou repassar os produtos tópicos identificados acima.

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

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável _____ Relação com o(a) Estudante _____

Telefone Residencial _____ Telefone do Trabalho/Celular _____

Endereço de E-mail _____

Formulário de Autorização para Tratamento Respiratório de 2022/2023 (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 Medicamento - Formulário de Tratamento Respiratório

PARTE I: A SER PREENCHIDA PELO PAI/RESPONSÁVEL

Concedo ao diretor ou ao seu designado a permissão para auxiliar ou realizar a administração de cada tratamento/procedimento para meu filho/a durante o horário escolar, inclusive quando ele/ela estiver fora da propriedade escolar em 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. **OBSERVAÇÃO: 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(a) Estudante _____ Data de Nasc. _____ Série _____

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável _____ Telefone _____ Data _____

PARTE II: A SER PREENCHIDA PELO MÉDICO/PROVEDOR (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN/PROVIDER)

This section is to be completed by the physician when specific nurse/trained personnel expertise is needed to administer medications and/or treatments to students within the school day. When applicable, review of this order will be conducted by the Individualized Education Plan (IEP) team for determination of support and services to be provided to this student.

Diagnosis	Allergies
<input type="checkbox"/> Artificial Airway Type _____ Size _____	<input type="checkbox"/> Oxygen Oxygen delivered via <input type="checkbox"/> Nasal Cannula <input type="checkbox"/> Face Mask Oxygen Flow Rate _____ Liters Per Minute (LPM)
<input type="checkbox"/> Ventilator Type _____ Model _____ Pressure Support _____ Pressure/IPAP _____ Tidal Volume _____ Respiratory Rate _____ FIO2/LPM _____ PEEP/EPAP _____ Inspiratory Rate _____ Low Minute Volume _____ High Pressure _____ Low Pressure _____	<input type="checkbox"/> Pulse Oximeter Monitoring Frequency _____ Keep Oxygen saturations above ____% <input type="checkbox"/> CPT Frequency: _____
<input type="checkbox"/> Suctioning <input type="checkbox"/> Oral/Nasal <input type="checkbox"/> Tracheostomy	<input type="checkbox"/> BiPAP/CPAP Settings: _____
<input type="checkbox"/> Nebulizer Please specify order _____ (Please circle one) As needed/Daily for _____	<input type="checkbox"/> Inhaler Please specify order _____ As needed/Daily for _____ (Please circle one)

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

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, specify: _____

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

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

Date Completed _____

Formulário de Autorização para Tratamento Gastrointestinal/Geniturinário de 2022/2023 (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 Medicamento/Tratamento - Formulário de Tratamento Gastrointestinal/Geniturinário (GI/GU)

PARTE I: A SER PREENCHIDA PELO PAI/RESPONSÁVEL

Concedo ao diretor ou ao seu designado a permissão para auxiliar ou realizar a administração de cada tratamento/procedimento para meu filho/a durante o horário escolar, inclusive quando ele/ela estiver fora da propriedade escolar em 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. **OBSERVAÇÃO: 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(a) Estudante _____ Data de Nasc. _____ Série _____

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável _____ Telefone _____ Data _____

PARTE II: A SER PREENCHIDA PELO MÉDICO/PROVEDOR (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN/PROVIDER)

This section is to be completed by the physician when specific nurse/trained personnel expertise is needed to administer medications and/or treatments to students within the school day. When applicable, review of this order will be conducted by the Individualized Education Plan (IEP) team for determination of support and services to be provided to this student.

Diagnosis	Allergies
<input type="checkbox"/> G-Tube G-Tube Type _____ Size _____ FR Length _____ cm Balloon Volume _____ mL <input type="checkbox"/> Oral feeds tolerated <input type="checkbox"/> Nothing by mouth <input type="checkbox"/> Not accessed during school hours Type(s) of oral feeds tolerated _____ Tube feeding formula _____ Feeding amount _____ Delivered via <input type="checkbox"/> Pump _____ mL/hr <input type="checkbox"/> Gravity Frequency _____ Water flush _____ mL Frequency _____ If G-Tube becomes dislodged and student is receiving services of trained one to one nurse, nurse may replace G-Tube <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Specify Instructions _____ _____	Ostomy Care Instructions _____ Catheterization: <input type="checkbox"/> Indwelling <input type="checkbox"/> Suprapubic <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> Mitrofanoff <input type="checkbox"/> Straight <input type="checkbox"/> Urostomy Catheter Size _____ Frequency _____ <div style="background-color: #cccccc; height: 100px; width: 100%;"></div>

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

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, specify _____

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

Physician's Telephone and Fax # _____ Date Completed _____

Formulário de Consentimento do Pai/Responsável para Serviços de Saúde 2022/2023 (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 Consentimento do Pai/Responsável para Serviços de Saúde Escolar

- Este consentimento permanecerá em vigor até que seu/sua filho(a) seja transferido(a) para outro distrito escolar, se forme ou o(a) senhor(a) indique por escrito que deseja rescindir este consentimento para serviços de saúde escolar.
- Quando necessário, serviços de saúde de emergência como primeiros socorros, reanimação cardiopulmonar (CPR, sua sigla em inglês) ou uso de desfibrilador externo automático (AED, sua sigla em inglês) serão realizados até que os serviços médicos de emergência cheguem à escola.
- Serão necessárias autorizações separadas de pais/responsáveis para que a equipe da clínica escolar ou a equipe da escola administrem medicamentos prescritos ou de venda livre diariamente ou conforme necessário, realizem procedimentos médicos ou forneçam tratamento médico.

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO E DEVOLVIDO À CLÍNICA ESCOLAR SE O(A) SENHOR(A) CONSENTIR E DESEJAR QUE SEU/SUA FILHO(A) RECEBA QUALQUER UM DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ESCOLAR INDICADOS ABAIXO.

Preencha todos os dados com caneta

Dados do(a) Estudante

				Masc. <input type="checkbox"/>
Nome	Nome do Meio	Sobrenome	Data de Nasc.	Feminino <input type="checkbox"/>
Endereço	Nº do Apartamento	Cidade	Estado	CEP
Telefone Residencial	Telefone do Trabalho		Telefone Celular	

Indique com um "x" nas caixas de seleção os serviços que o(a) senhor(a) autoriza e gostaria que seu filho(a) recebesse na escola.

Cuidado e tratamento de doenças e ferimentos	<input type="checkbox"/>
Triagem de visão	<input type="checkbox"/>
Audição	<input type="checkbox"/>
Triagem de escoliose	<input type="checkbox"/>
Triagem de crescimento e desenvolvimento (índice de massa corporal/BMI)	<input type="checkbox"/>
Triagem odontológica e selantes dentais	<input type="checkbox"/>
Teste de COVID-19	<input type="checkbox"/>

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

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável _____

Data _____

Formulário de Consentimento do Estudante para o Teste Opcional de Covid-19 2022/2023 (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 Consentimento do Estudante para o Teste Opcional de Covid-19

As Escolas Públicas do Condado de Broward (BCPS) oferecem um programa de testes de COVID-19 para todos os alunos (do pré-jardim a adultos). Aplicaremos o teste somente com o seu consentimento. Se estiver de acordo em fornecer consentimento para que possamos administrar este teste em seu/sua filho/a ou em você (se for um aluno de 18 anos ou mais), favor preencher este formulário.

Que teste é esse?

Se seu/sua filho/a tiver sintomas de COVID-19 ou fizer parte de um grupo designado para testes, mediante seu consentimento, seu/sua filho/a receberá um teste gratuito de COVID-19. Os testes são aplicados com um cotonete, semelhante a um Q-Tip, inserido nas narinas. A equipe escolar de saúde, a qual foi treinada no uso deste teste, coletará a amostra e um administrador, com treinamento em testes de COVID-19, supervisionará o processo. Os resultados do teste serão disponibilizados aos pais/responsáveis que assinarem o formulário abaixo. Os resultados podem ser acessados por meio do aplicativo Healthy Together (app). Este programa é **completamente opcional** para os alunos, embora esperamos que optem por fazer o teste, para mantermos nossas escolas saudáveis e seguras o máximo possível.

O que devo fazer quando receber os resultados do teste de meu/minha filho(a)?

Se seu/sua filho/a ou você (se for um aluno de 18 anos ou mais) testar positivo para o vírus, ele/ela/você será transferido(a) para uma sala separada de outros alunos e funcionários até que alguém possa buscá-lo(a). Seu/sua filho/a poderá retornar à escola conforme as orientações de isolamento e quarentena da BCPS. Em um pequeno número de casos, os testes produzem às vezes resultados incorretos – mostrando resultados negativos (chamados de “falsos negativos”) em pessoas portadoras de COVID-19, ou mostrando resultados positivos (chamados de “falsos positivos”) em pessoas não portadoras de COVID-19. Se o teste de seu/sua filho/a der negativo, mas ele/a apresentar sintomas de COVID-19, ele/a não deverá retornar à escola até que tenham se passado dez dias desde o início dos sintomas e os mesmos estejam diminuindo.

Sintomas Comuns:

Pessoas portadoras de COVID-19 têm relatado uma série de sintomas, que vão desde sintomas leves a condições graves. Os sintomas podem se manifestar de 2 a 14 dias após a exposição ao vírus. Os sintomas de COVID-19 incluem, entre outros:

- Sensação febril ou temperatura igual ou acima de 100,4 °F / 38 °C
- Perda do paladar ou olfato
- Tosse
- Dificuldade de respirar
- Falta de ar
- Fadiga
- Dor de cabeça
- Calafrios
- Dor de garganta
- Congestão ou coriza
- Tremores ou calafrios extremos
- Dores musculares significativas
- Diarreia
- Náusea ou vômito

Isenção de responsabilidade:

Embora saibamos que serão tomadas precauções, por favor, entendam que nem o administrador do teste nem as Escolas Públicas do Condado de Broward, nem qualquer de seus administradores, oficiais, funcionários ou patrocinadores da organização são responsáveis por qualquer acidente ou lesão que possa ocorrer a seu filho/a ou a você mesmo (se o aluno tiver 18 anos ou mais), como resultado do consentimento para o teste.

Instruções: A Ser Preenchido pelo Pai, Mãe, Responsável ou Estudante Adulto			
Dados do(a) Estudante			
Nome do(a) Estudante (letra de forma)	Nome da Escola	Data de Nasc.	Série
Raça/Etnia <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Hispânica <input type="checkbox"/> Nativa Americana/Indígena <input type="checkbox"/> Afro-Americana <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Desconhecida		Gênero <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Desconhecido	
Endereço	Cidade e Estado	Código Postal	Condado
Telefone Celular	Telefone do Médico/Plano de Saúde		
Dados do(a) Pai/Mãe/Responsável			
O(a) pai/mãe/responsável receberá os resultados dos testes por telefone celular ou e-mail, ou ambos.			
Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável (letra de forma):		Telefone Celular do(a) Pai/Mãe/Responsável <i>Observação: Os resultados serão enviados para este telefone celular</i>	
Endereço de Email do(a) Pai/Mãe/Responsável:			
(A ser preenchido somente pelo pai/mãe/responsável)			

Ao assinar abaixo, eu (pai, mãe ou responsável legal) atesta que:

- A. Consinto e autorizo o sistema escolar a realizar a coleta e teste de meu/minha filho/a ou de mim mesmo (se o aluno tiver 18 anos ou mais) para COVID-19 por meio de cotonete nasal.
- B. Reconheço que o resultado positivo no teste é indicação de que meu/minha filho/a ou eu (se o aluno tiver 18 anos ou mais), deve/devo se/me isolar a fim de evitar infectar outros.
- C. Entendo que o sistema escolar não está atuando como prestador de serviços médicos de meu/minha filho/a, que este teste não substitui o tratamento pelo médico de meu/minha filho/a, e assumo total e completa responsabilidade por tomar as medidas adequadas com relação aos resultados do teste de meu/minha filho/a. Concordo em procurar orientação médica, cuidados e tratamento com o médico de meu/minha filho/a, caso eu tenha dúvidas ou preocupações, ou se sua condição piorar.
- D. Entendo que, como em qualquer exame médico, existe a possibilidade de resultado falso positivo ou falso negativo no teste de COVID-19.
- E. Entendo que este teste pode ser realizado várias vezes durante o ano letivo de 2022-2023 e autorizo o teste de meu/minha filho/a ou de mim mesmo (se o aluno tiver 18 anos ou mais) ao longo do ano letivo de 2022-2023. Entendo que esta autorização pode ser rescindida mediante a apresentação de um aviso de rescisão por escrito e assinado ao sistema escolar.

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável _____ Relação com o(a) Estudante _____

Assinatura do(a) Estudante _____
 (Se tiver 18 anos ou mais ou de outra forma autorizado/a a consentir)

EXAMES DE VISTA E ÓCULOS GRATUITOS PARA CRIANÇAS

*Acessível em qualquer smartphone/tablet/computador habilitado para internet
Inglês / Espanhol / Crioulo Haitiano / Português*

PAIS, SOLICITEM HOJE MESMO!
www.floridaheiken.org



- Estudantes da Flórida
- Do pré-jardim ao 12º ano
- Faça uma nova solicitação a cada ano letivo

USE O PORTAL HEIKEN

- Confidencial
- Seguro



Todas as informações do aluno são mantidas confidenciais e não são compartilhadas com qualquer outra entidade.

Financiado em parte por:



Formulário do Florida Heiken Children's Vision Program de 2022/2023 (Todas as Séries)

Programa Escolar de Exame Oftalmológico e Óculos Gratuitos de 2022-2023

PARA PROCESSAMENTO RÁPIDO DE 6-9 SEMANAS, FAÇA SOLICITAÇÃO EM SEU SMARTPHONE: WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG

HEIKEN PORTAL INFO (For School/Screening Personnel Use Only): County: _____ Teacher _____ Referring school or agency: _____ Private must list scholarship: _____ Vision Screening: PASS / REFER screening date: _____	For Heiken Use Only: Acct # _____ Date Entered: _____ Status: _____ Auth. Date: _____ Ins: _____
--	--

Nome Completo da Escola _____ Série _____ Identificação Estudantil _____ Masc./Fem. _____
Nome do Estudante _____ Data de Nascimento do Estudante (MM/DD/AA) _____
Endereço _____ Apto _____ Cidade _____ Código Postal _____
Telefone Celular _____ Telefone dos Pais de Dia _____
Nome do Pai/Mãe/Responsável (letra de forma) _____ Email _____
Nº de Pessoas no Domicílio _____ Renda Anual \$ _____, _____ .00 Por Ano

Etnia: Afro-Americano Asiático Hispânico Nativo Americano Branco (não Hispânico) Haitiano Outro
Idioma Falado: Inglês Espanhol Crioulo Haitiano Português Outro

Seu **filho/a** já teve/tem algum dos seguintes:

- SIM NÃO
- Exame de vista no ano passado
 - Usa óculos
 - Cirurgia dos olhos/Lesão/Condição
 - Terapia da visão
 - Dores de cabeça
 - Glaucoma
 - Diabetes
 - Anemia falciforme
 - Asma
 - Algum medicamento ou colírio: _____
 - Alergias: _____
 - Necessidade especial/atraso no desenvolvimento? _____
 - Requer recursos auxiliares (como intérprete, recursos visuais, cadeira de rodas, Braille)

A **família** do seu filho/a já teve algum dos seguintes:

- SIM NÃO
- Estrabismo/ambliopia
 - Cegueira
 - Degeneração macular
 - Glaucoma
 - Hipertensão
 - Anemia falciforme

COVID-19 - Alguém da família apresentou nas últimas 2 semanas:

- Febre, tosse, dor de garganta
- Perda de olfato/paladar
- Exposição a alguém com COVID-19
- Viajou fora dos EUA
- Aluno está aprendendo virtualmente

Favor explicar qualquer resposta "SIM" acima: _____

Consentimento para exame de vista - Ao assinar abaixo, autorizo o *Florida Heiken Children's Vision Program* (FHCVP) a fornecer ao meu filho/a qualificado/a um exame de vista completo com dilatação de pupila, seja na escola, por um optometrista em unidade móvel, ou no consultório de um optometrista participante.

Aviso de práticas de privacidade - Ao assinar abaixo, compreendo que o Aviso de Práticas de Privacidade do FHCVP está disponível para consulta mediante solicitação pelo telefone (305)856-9830 ou 1(888)996-9847 e que, câmeras de segurança estão em uso e em gravação em todas as unidades móveis em todos os momentos.

Intercâmbio de informações - Ao assinar abaixo, autorizo a divulgação mútua de informações entre o FHCVP, seus financiadores, incluindo o Departamento de Saúde da Flórida, para fins de auditoria, as Escolas Públicas do Condado (CPS) e os provedores participantes, de todos os relatórios médicos de optometria do meu filho/a, para a determinação de serviços apropriados. Eu também autorizo a CPS a divulgar qualquer informação necessária que possa estar faltando, ou que não esteja clara, para processar esta solicitação. Entendo que posso ser contactado pelo FHCVP, ou por seus financiadores, para fornecer uma opinião anônima sobre os serviços recebidos, mas tenho o direito de me recusar a participar, caso seja contactado. *Eu/Nós reconhecemos que a infecção por COVID-19 pode causar doença, incapacidade ou até morte e, por reconhecermos esse risco, liberamos e isentamos o Conselho Escolar do Condado e o FHCVP, ou qualquer um de seus médicos e funcionários, de toda e qualquer responsabilidade por qualquer dano ou reclamação se meu filho/a, ou alguém com quem ele/ela entrar em contato, se tornar positivo ou presumivelmente diagnosticado positivo com o vírus COVID-19, ou devido a acidente ou incidente envolvendo a participação de meu filho/tutelado resultante da participação no FHCVP.

SIM NÃO Concordo em permitir que meu filho/a seja fotografado pelo programa FHCVP para fins de publicidade e renuncio a toda e qualquer reivindicação presente/futura em relação às fotos.

SIM NÃO **Mensagens de texto:** Concordo em receber mensagens de texto e email relacionados à participação no programa. Podem ser aplicadas taxas de mensagens e dados.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL (obrigatório) _____ **Data:** _____

Autorização para usar os benefícios do plano de saúde - Se meu filho/a tiver um plano de saúde que é aceito, e tiver a oportunidade de ser atendido/a em uma unidade móvel (somentemente), autorizo o *Florida Heiken Children's Vision Program* (FHCVP) a usar o seguro do meu filho/a para o exame de vista completo, com dilatação da pupila, e óculos, se prescritos (inclui determinadas armações, lentes transparentes de policarbonato, sem adicionais). Compreendo que isso usará o benefício de visão do plano de saúde do meu filho/a.

ASSINATURA (Autorização para usar os benefícios do plano de saúde) _____ **Data:** _____

Em caso de dúvidas, ligue para 1-888-996-9847.

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

O *Florida Heiken Children's Vision Program* é uma organização que oferece igualdade de oportunidades e não discrimina candidatos qualificados com base em raça, cor, religião, origem, idade, sexo, estado civil, nacionalidade, deficiência ou status de veterano. Revised 4.23.2021

+ 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 uma opção por linha, marque a caixa com um X)

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

11. Você deixaria seu filho ir/voltar da escola a pé ou de bicicleta se esse problema fosse resolvido ou melhorado? (Selecione uma opção, marque a caixa com um X)
 Meu filho já vai/volta da escola a pé ou de bicicleta Sim Não 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?
 1° ao 8° ano (Ensino fundamental) 1 a 3 anos de faculdade (Faculdade ou escola técnica incompleta)
 9° ao 11° ano (Ensino médio incompleto) 4 anos de faculdade ou mais (Formado da faculdade)
 12° ano ou GED (Formado do ensino médio) Prefiro não responder

16. Adicione comentários abaixo.

Questionário de Moradia Estudantil (SHQ) 2022/2023 (Todas as Séries)



Questionário sobre Moradia do Estudante (SHQ)



ATENÇÃO pais, cuidadores e jovens desacompanhados (que não moram com o pai/mãe ou tutor legal): O objetivo deste questionário é ajudar a identificar crianças e jovens em idade escolar que estejam passando por instabilidade de moradia, conforme definido no subtítulo VII-B da Lei McKinney-Vento de Assistência a Desabrigados (42 U.S.C. 11431 et seq.). De acordo com esta legislação federal, as Escolas Públicas do Condado de Broward, com a orientação do programa HEART, são responsáveis pela eliminação das barreiras sistêmicas à educação de estudantes desabrigados e pela implementação das disposições da lei.

Ao preencher este questionário, seu(s) filho(s) em idade escolar (ou jovens desacompanhados e desabrigados) pode(m) se qualificar para serviços e recursos do programa HEART para ajudá-lo(s) a garantir sua estabilidade educacional.

1. Com quem vive o(s) estudante(s)?

- Pai/Mãe
 Tutor legal
 Adulto (maior de 18 anos) que está cuidando do estudante no momento impossibilitado de morar com os pais ou tutor legal*

*** IMPORTANTE: Entre em contato com a escola do estudante para preencher o Formulário de Autorização de Cuidador do programa HEART (HEART Caregiver Authorization Form).**

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

2. Onde você mora atualmente com seu(s) filho(s) em idade escolar?

- Alugo ou sou proprietário de minha casa → **PARE AQUI E SIGA PARA A PERGUNTA Nº 4**
 Em abrigo de emergência ou provisório (A)
 Provisoriamente com um familiar ou amigo (compartilhando moradia) 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 ou motel devido à perda de moradia, dificuldade financeira ou razão semelhante (E)

3. Qual foi a causa de sua residência noturna temporária?

- Desastre causado pelo homem (D) Terremoto (E) Inundação (F) Furacão (H) Execução Hipotecária (M)
 Pandemia Tempestade Tropical (S) Tornado (T) Desconhecida (U) Incêndio florestal ou residencial (W)
 Outra causa do desabrigo: falta de moradia a preço acessível, pobreza de longa duração, desemprego ou subemprego, violência doméstica, despejo, etc. (N)

Um dos pais está ou já foi empregado na agricultura ou na indústria pesqueira em algum momento nos últimos três anos?

- Sim Não

***IMPORTANTE: Favor preencher as informações solicitadas abaixo de todos os filhos em idade escolar (pré-jardim ao 12º ano) matriculados ou pendentes de matrícula em uma escola pública ou charter do Condado de Broward, FL. Se tiver filhos matriculados em várias escolas, favor preencher um questionário por escola.**

Nome Completo do Estudante (Nome e sobrenome)	Nº Identidade Estudantil	M/F	Data de Nascimento (mm/dd/aaaa)	Série	Nome da Escola Atual

4. Ao assinar abaixo, atesto que os dados fornecidos são corretos:

O Estatuto 837.06 da Flórida prevê que quem conscientemente fizer 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.

Nome completo do(a) pai/mãe/responsável em letra de forma _____ Relação com o(s) estudante(s) _____ Assinatura _____ Data _____
Endereço atual do(s) estudante(s) _____ Cidade _____ Estado _____ Código postal _____
Telefone _____ Endereço de e-mail _____

- Recebi autorização do pai, mãe, tutor, cuidador ou jovem desacompanhado(a) e desabrigado(a) acima citado(a), para preencher o formulário SHQ em nome do(s) estudante(s) acima mencionado(s).

Nome da pessoa preenchendo este formulário

Assinatura

Título/Organização

Formulário de Autoexclusão da Pesquisa sobre Aprendizagem Social e Emocional (SEL) de 2022/2023 (3º ao 12º ano)



THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA
School Counseling & BRACE Advisement • 1400 NW 14th Court, Ft. Lauderdale, FL 33311 • (754) 321-1675



Formulário de Autoexclusão da Pesquisa sobre Aprendizagem Social e Emocional (SEL)

Aprendizagem Social/Emocional (SEL, sua sigla em inglês) é o processo de desenvolvimento da autoconsciência, autocontrole, tomada de decisões e habilidades interpessoais que são essenciais para o êxito na escola, no trabalho e na vida. Visando proporcionar um ensino efetivo de SEL, o Distrito realizará uma série de breves pesquisas. Os dados coletados serão usados pelo pessoal autorizado da BCPS apenas para direcionar as atividades escolares e fornecer serviços personalizados de SEL para os alunos. O tipo de dados formativos coletados se concentrará especificamente na autoconsciência, autogestão, consciência social, habilidades de relacionamento e tomada de decisões.

Amostras de pesquisas de SEL para o 3º ao 12º ano, e materiais informativos, podem ser encontrados em: <https://www.browardschools.com/Page/62627> ou mediante agendamento de consulta com o encarregado de SEL de sua escola. Outros recursos e estratégias para pais sobre como incorporar SEL em casa podem ser encontrados em nosso Kit de Ferramentas SEL & Mindfulness para Famílias e Estudantes: <https://browardschools.instructure.com/courses/868545>.

Observação: Seu/sua filho/a será automaticamente registrado(a) para participar das pesquisas de SEL. Apenas preencha este formulário se o/a senhor/a optar pela não participação de seu/sua filho/a nas pesquisas. Para optar pela não participação, assinale no local indicado, preencha os dados abaixo, assine e envie o formulário para a escola de seu/sua filho/a no prazo de 10 dias a partir do primeiro dia da matrícula na escola. O não envio deste formulário constitui autorização para que seu/sua filho/a participe das Pesquisas de SEL.

_____ **NÃO DESEJO** que meu/minha filho/a participe de nenhuma pesquisa de SEL.

Nome da Escola _____

Nome do(a) Estudante _____ Série _____

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

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável _____ Data _____

Política de Preços de Refeições de 2022/2023 (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 os alunos 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 nenhum custo.
- Os alunos devem pagar por sua refeição no momento do serviço.
- Se o aluno não puder pagar pela refeição, nossa política permite o débito de uma refeição em sua conta.
- Se a conta não for reabastecida, o aluno receberá uma refeição alternativa.
- 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. (Cobra-se uma taxa de conveniência de \$1.95 para cada transação de crédito/débito).
- Pode-se também efetuar pagamentos em dinheiro ou cheque no refeitório da escola de 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 valor total da refeição, a menos que sejam qualificados para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido pelo departamento de Benefícios de Alimentação.
- Solicitações são aceitas a qualquer momento durante o ano letivo e é necessário apenas um formulário 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 pelo site www.myschoolapps.com.
- Para obter mais informações e saber do status da solicitação, entre em contato com o departamento de Benefícios de Alimentação 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	

Office of Academics

Nicole M. Mancini, Ed.D., Chief Academic Officer

600 Southeast Third Avenue

Fort Lauderdale, FL 33301

phone: 754-321-2618 • fax: 754-321-2701

nicole.mancini@browardschools.com

<https://www.browardschools.com/domain/12424>

**The School Board of
Broward County, Florida**

Laurie Rich Levinson, Chair
Patricia Good, Vice Chair

Lori Alhadeff
Daniel P. Foganholi
Debra Hixon
Donna P. Korn
Sarah Leonardi
Ann Murray
Nora Rupert

Dr. Vickie L. Cartwright
Superintendent of Schools

19 de julho de 2022

PARA: Pais e/ou Responsáveis

DE: Departamentos de Ensino Fundamental e Médio

ASSUNTO: Visão Geral das Intervenções, Apoios e Serviços para Todos os Alunos

Todas as Escolas Públicas do Condado de Broward dispõem de processos para atender às necessidades dos alunos nas áreas de desempenho acadêmico, social, emocional e comportamental. Em particular, cada escola oferece uma estrutura de apoio acadêmico e comportamental de diferentes níveis aos alunos, de acordo com suas necessidades individuais. Esta estrutura é chamada de Sistema Multinível de Apoio (MTSS).

Cada escola tem um comitê de profissionais conhecido como Equipe Colaborativa de Resolução de Problemas (Equipe CPS) que se reúne regularmente para analisar dados e tomar decisões sobre a necessidade de intervenção e/ou avaliação de alunos específicos. O processo de resolução de problemas inclui etapas que as equipes escolares usam para determinar como os alunos têm respondido ao ensino e às intervenções que são fornecidas. Esta abordagem focalizada de adequar as intervenções às necessidades dos alunos e monitorá-las regularmente é chamada de Resposta à Intervenção (RtI). As informações obtidas são usadas pelo pessoal da escola para adaptar o ensino e capacitar os alunos a serem bem-sucedidos na escola.

O envolvimento e engajamento dos pais são essenciais para o êxito do processo. Os pais desempenham um papel fundamental ao apoiar o que seus filhos estão aprendendo na escola. Quanto mais os pais estiverem envolvidos no aprendizado de seus filhos, maior será a probabilidade de que os mesmos tenham êxito na escola. Portanto, os pais, da mesma forma que os funcionários da escola, podem solicitar que as preocupações relacionadas a seus filhos sejam discutidas em uma reunião da Equipe CPS da escola.

Os pais preocupados com a resposta de seus filhos ao ensino/intervenção, ou qualquer problema social, emocional ou comportamental, devem contatar o encarregado de MTSS ou a administração da escola de seus filhos para solicitar uma reunião com a equipe CPS a fim de reavaliar as intervenções atuais que estão sendo fornecidas e o progresso dos alunos. Os pais preocupados com o progresso de seus filhos em relação aos objetivos acadêmicos e/ou comportamentais de seu IEP devem entrar em contato com o especialista em ESE ou com a administração escolar para solicitar uma reunião de IEP a fim de reavaliar os serviços atuais que estão sendo prestados e o progresso dos alunos. Acima de tudo, estas reuniões são altamente individualizadas, de acordo com as necessidades dos alunos.

Cada aluno tem, em potencial, acesso a uma gama completa de apoios e/ou serviços, incluindo educação geral, intervenções acadêmicas, sociais, emocionais e comportamentais; aconselhamento escolar e comunitário; avaliações de dotados, avaliações da Seção 504 e avaliações da Educação de Estudantes Excepcionais (ESE).

Caso tenham alguma dúvida, entrem em contato com o Escritório de Assuntos Acadêmicos pelo telefone 754-321-2618. Além disso, todas as escolas oferecem intervenções, apoios e serviços que são adaptados às necessidades específicas de seus alunos e da escola. Para obter informações específicas, entrem em contato com a escola de seus filhos.

Informações sobre MTSS para Pais e Famílias

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

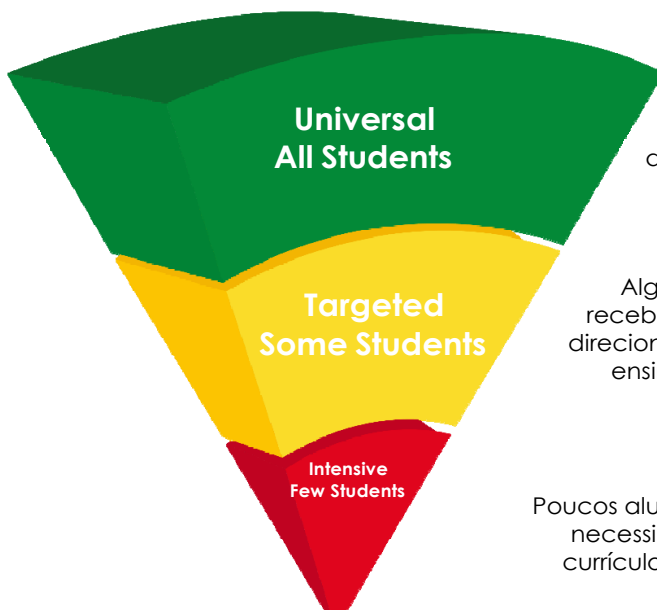
MTSS é um termo usado para descrever uma estrutura de prevenção contínua que se refere a todas as estratégias acadêmicas, comportamentais e socioemocionais, intervenções, apoios e recursos que são usados para ajudar todos os alunos a se desenvolver e alcançar suas metas. O MTSS engloba a Resposta à Intervenção (RtI) e as Intervenções e Apoios de Comportamento Positivo (PBIS).

O Que é a Resposta à Intervenção (RtI)?

RtI é a prática de fornecer ensino de alta qualidade e intervenção que correspondam às necessidades do aluno, acompanhando de perto como o aluno responde aos diversos métodos de ensino e de apoio.

O Que São Intervenções e Apoios de Comportamento Positivo (PBIS)?

PBIS são os métodos usados para identificar e apoiar os comportamentos desejados no ambiente escolar, através do incentivo de comportamentos positivos no âmbito escolar.



Universal – Nível 1

Ambiente de Educação Geral
Todos os alunos recebem ensino e apoio acadêmico e comportamental de alta qualidade.

Direcionado – Nível 2

Ambiente de Educação Geral
Alguns alunos que precisam de apoio adicional recebem ensino/intervenção e apoio mais focados e direcionados em pequenos grupos, além do currículo e ensino acadêmico e comportamental universal.

Intensivo – Nível 3

Ambiente de Educação Geral
Poucos alunos precisam de ensino mais intensivo, conforme a necessidade individual do aluno, em complemento ao currículo, ensino e apoio acadêmico e comportamental universal e suplementar.

Quais São os Benefícios do MTSS?

O objetivo geral do MTSS é melhorar os resultados acadêmicos de todos os alunos, identificando as suas necessidades cedo e assegurando que as mesmas sejam atendidas.

O MTSS procura usar os dados para tomar decisões sobre o ajuste do ensino ou fornecer apoio extra para que os alunos se saiam melhor na escola. As escolas usam o MTSS para criar um sistema combinado de ensino, intervenção e apoio aos alunos, em diferentes níveis de intensidade, de acordo com a necessidade de cada aluno. O MTSS é aplicado a todos os alunos.

O que devo fazer se eu achar que meu/minha filho(a) está tendo dificuldades?

- Participe das reuniões de resolução de problemas a respeito de seu/sua filho(a)
- Revise e ajude com as lições de casa e projetos
- Pergunte sobre as intervenções que estão sendo usadas para problemas acadêmicos e/ou comportamentais
- Pergunte sobre as técnicas que estão sendo usadas para monitorar o progresso e a efetividade das intervenções implementadas
- Peça para a escola lhe fornecer relatórios frequentes de monitoramento do progresso.
- Celebre os êxitos de seu/sua filho(a)

Recursos para Pais

Este **vídeo** para pais mostra o uso da resolução de problemas e como isso pode afetar seu/sua filho(a). [Introdução de MTSS para Famílias.](#)

Use o link para visualizar o [Guia de MTSS para Pais.](#)

Acesse os seguintes links para maiores informações:

MTSS nas Escolas Públicas do Condado de Broward

<https://www.browardschools.com/MTSS>

MTSS na Flórida

<http://floridarti.usf.edu/>

Para maiores informações ou esclarecimentos, entre em contato com a escola de seu/sua filho(a) ou com o programa MTSS das Escolas Públicas do Condado de Broward pelo e-mail bcpsmtssrti@browardschools.com ou ligue para 754-321-0000.



Como o MTSS vai afetar meu filho(a)?

- Seu/sua filho(a) será incluído(a) na identificação precoce de problemas acadêmicos e/ou comportamentais, de modo que seja possível fornecer auxílio aos primeiros sinais de dificuldade.
- A ajuda para seu/sua filho(a) poderá aumentar ou diminuir, conforme suas necessidades e respostas.

Como posso participar do MTSS?

As famílias têm um papel fundamental no apoio à aprendizagem de seus filhos na escola. Quanto mais os pais estiverem envolvidos na aprendizagem do aluno, melhor será o seu rendimento escolar. Pergunte sobre o MTSS na escola de seu filho e esclareça as suas dúvidas!

- O/A meu/minha filho(a) está indo bem na escola? Como fico sabendo? Se não, por que e o que podemos fazer de diferente?
- Se necessário, como será fornecido o auxílio adicional? Por quem? Com que frequência? Por quanto tempo?
- Como posso participar da resolução de problemas referentes ao(à) meu/minha filho(a)?
- O que posso fazer para ajudar nas intervenções para meu/minha filho(a) em casa?
- Como posso saber se as intervenções estão dando resultado?

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 a posse 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 infrações 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: <https://www.browardschools.com/Page/37754>.
- 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.

Observação: 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(a) Estudante (letra de forma)

Assinatura do(a) Estudante

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

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável

Data