Student #:	School/ Teacher:				Date:	Grade Level:	Enti Cod	-
BROWARD Formulário de Matrícula Estudantil								
Somente o pai/responsável (F.S. §1000.21(5)) que matricular atenuantes indicando o contrário. Se houver mudanças nas infornecidos neste formulário serão mantidos confidenciais (em	rmações abaix	xo, o pai/responsável tem a	a responsa	abilidade de no	tificar a escola por escrito	no prazo de	10 dias de aula.	
Sobrenome do Aluno (Legal)		Nome (Legal)		Nome do Meio		Nome So	cial
Endereço Residencial Princip	al do Aluno		Apto		Cidade		CEP	Gênero
								☐ Masculino☐ Feminino
Telefone Residencial		Telefone Celular do Aluno		Endereço de E-mail do Aluno				
SSN *Não é necessário para matrícula ou graduação. O F.S. §1008.386 requer solicite o SSN para seu sistema de gerenciamento de informaçõ		Data em que o Aluno In Escola Pela Primeira V EUA		Data de Nascimento	Local de Naso	cimento (Cidade/Estac	lo/País)
O Aluno Mora Com		Etnia		Raça (Assinale todas as opções aplicáveis)				
□ Um dos Pais □ Tutor legal □ Não Hispânico ou Não		Não Lati	no	☐ Branco ☐ Nativo Americano/Nativo do Alasca				
\square Ambos os Pais (mesmo endereço) \square Estudante Inde	ependente	☐ Hispânico ou Latino			□ Asiático □ Nativo Havaiano/Ilhéu do Pacífico		Pacífico	
☐ Ambos os Pais (endereços diferentes) ☐ Outro:					□ Negro/Afro-Americano			
Sobrenome do Pai/Mãe Registrante (Legal)		Nome (Legal)		Nº da Carteira de Motorista		Relação co	m o Estudante	
Telefone do Trabalho do Pai/Mãe Registran	ite	Telefone Celular do F	Pai/Mãe l	Registrante	Endereço de	E-mail do	Pai/Mãe Reg	istrante
Sobrenome do Pai/Mãe Não Registrante (Le	gal)	Nome (Legal)		Nº da Carteira de M	otorista	Relação co	m o Estudante
Telefone do Trabalho do Pai/Mãe Não Registi	ante	Tel. Celular do Pai/M	Iãe Não I	Registrante	Endereço de E-	mail do P	ai/Mãe Não R	egistrante
Endereço Residencial do Pai/Mãe	Não Registr	ante	Apto		Cidade	Estado	(CEP
Pesquisa de Idioma Materno (Se	a resposta f	or "Sim" a alguma dessa	as pergu	ntas, o aluno	deve fazer o teste de pi	oficiência	em inglês)	
□ Sim □ Não Fala-se outro idioma em casa que	não seja o in	ıglês?	Ca	Caso "sim", qual idioma?				
☐ Sim ☐ Não — O aluno tem um idioma materno que não seja o inglês?		Ca	Caso "sim", qual idioma?					
☐ Sim ☐ Não — O aluno fala outro idioma com mais frequência do que o inglês?			Ca	Caso "sim", qual idioma?				

A residência principal do aluno é: (Assinale apenas uma opção)								
□ de propriedade do pai/responsável.			compartilhada com alguém por escolha (<u>não</u> devido a dificuldades financeiras), com uma Declaração Juramentada de Habitação Compartilhada válida.					
□ <i>alugada</i> com contrato válido de aluguel. Data de Vencimento:			compartilhada com alguém por motivo de perda de moradia, dificuldade financeira ou motivo semelhante. (Qualificável para McKinney-Vento)					
A residência principal do aluno é:			O aluno mora <u>ou</u> um dos pais trabalha em:					
	□ Não Espaço público, qualquer tipo de veículo, estação de ônibus ou trem, prédio abandonado, habitação precária ou ambiente semelhante?			□ Sim □ Não Habitação de aluguel baixo (tal como habitação subsidiada de Seção 8)?				
☐ Sim ☐ Não Abrigo provisório ou de emergência?			□ Sim □ Não Terras indígenas?					
	☐ Sim ☐ Não Hotel/motel, área de trailers ou área de acampamento, devido à falta de alternativas de alojamento adequado?			☐ Sim ☐ Não Propriedade federal, instalação militar de propriedade federal ou propriedade da NASA?				
Um dos pais é:								
□ Sim □ Não Membro ativo dos serviç	cos uniformizados, incluindo a	Guarda Na	acional e Reserva	a? Caso	sim, qual di	visão?		
□ Sim □ Não Veterano, dispensado po	or razões médicas, ou morreu o	durante o s	serviço ativo nos	serviç	os uniformiz	ados? Caso sim, qual div	risão?	
☐ Sim ☐ Não Empregado em agricultu	ıra ou indústria de pesca em al	gum mom	ento nos últimos	s três a	nos?			
	0 alı	ıno já foi d	ou esteve algum	ıa vez:				
□ Sim □ Não Matriculado em uma Esc	ola Pública do Condado de Bro	ward?	□ Sim □ Não Retido (repetiu a mesma série)?					
☐ Sim ☐ Não Matriculado em uma Escola Charter do Condado de Broward?			□ Sim □ Não	Em E	ducação de E	Estudantes Excepcionais	(ESE)?	
□ Sim □ Não Matriculado em um prog	rama de Educação Domiciliar?	•	□ Sim □ Não	Em uı	m plano 504°	?		
□ Sim □ Não Expulso da escola?			□ Sim □ Não Em um programa ESOL?					
□ Sim □ Não Condenado por um crimo	e?		□ Sim □ Não Em um programa Magnet?					
□ Sim □ Não Envolvido no Sistema de	Justiça Juvenil?		□ Sim □ Não Em Acolhimento Familiar?					
□ Sim □ Não Encaminhado para servi	ços de saúde mental?		□ Sim □ Não Em um programa para Superdotados?					
Nome(s) da(s) Escola(s) Anterior(es)	Cidade/Estado/Paí	s	Período d Frequênci		Série(s)		Tipo	
						□ Pública □ Privada □ 0	Charter □ Educação Domiciliar	
						□ Pública □ Privada □ 0	Charter □ Educação Domiciliar	
Ao que me consta, as informações acima estão corretas e completas. Em caso de mudança de nome, endereço ou telefone, notificarei a escola por escrito no prazo de dez (10) dias. Compreendo que o aluno cujo pai for constatado, após investigação adequada, de ter apresentado informações fraudulentas com o intuito de matricular o aluno em uma escola na qual ele não havia sido alocado, será imediatamente retirado da escola e o pai deverá matriculálo em sua escola designada, ou seguir os procedimentos de realocação. Li e compreendi que devo apresentar documentação adequada de comprovante de residência, de acordo com a Política 5.1 do Conselho Escolar. O Estatuto da Flórida §837.06 estabelece que quem conscientemente prestar uma declaração falsa por escrito, com a intenção de lograr um servidor público no desempenho de suas funções oficiais, será culpado de uma contravenção de segundo grau. O Estatuto da Flórida §92.525 estabelece que quem conscientemente prestar uma declaração falsa sob penas de perjúrio é culpado do crime de perjúrio pela declaração falsa por escrito, um crime de terceiro grau.								
Nome do Pai/Mãe Registrante em Letra de Forma			Assinatura do Pai/Mãe Registrante			Data		

Broward County Public Schools Cartão de Contato de Emergência do Estudante

Este formulário deve ser atualizado anualmente

	Statem Linesgeney contact cara Tortage
For Office Use Only:	□ Medical
School #:	□ Court Order
Student #:	□ Special Needs
Date Enrolled:	□ Other

Em caso de emergência, é indispensável que a escola possa entrar em contato com os pais do aluno (conforme definido abaixo). Preencha os dois lados deste cartão com cuidado e precisão. Escreva com caneta e de forma legível. Os nomes de ambos os pais do aluno (conforme definido na Seção 1000.21(5) dos Estatutos da Flórida), o pai/mãe registrante e o pai/mãe não-registrante, devem ser incluídos no cartão de contato de emergência como pessoas autorizadas a retirar o aluno da escola, salvo quando uma ordem judicial tenha revogado os direitos dos pais e uma cópia autenticada de tal ordem judicial tenha sido fornecida à secretaria da escola. Ambos os pais devem designar no Cartão de Contato de Emergência as pessoas autorizadas a retirar o aluno da escola. Nenhum dos pais deve excluir ou de qualquer forma alterar os nomes fornecidos pelo outro pai no Cartão de Contato de Emergência.

serie: Estudante	a)	Sobrenome:	Nome:	Nome do Meio:		
	lante	Professor (somente ensino fundamental):	Gênero: ☐ Masc. ☐ Fem.	Série:		
	stuc	Endereço Residencial:	Cidade, Estado, CEP:	Telefone Residencial:		
		Endereço para Correspondência (se diferente do acima):	Cidade, Estado, CEP:	Telefone Celular do Estudante:		
	ções	Data de Nascimento: / /	O estudante mora com:	E-mail do Estudante:		
	Informações do	Assinale as condições aplicáveis à residência do estudante:	O estudante mudou de endereço depois da última matrícula?	Há algum registro de ordem judicial que impeça o pai de ter contato com o estudante?		
	Infc	□Razão Médica □Ordem Judicial	☐ Sim ☐ Não	☐ Não ☐ Sim (contate a escola)		
		□ Necessidades Especiais □ Outra				
	Pai Istrante	Sobrenome:	Nome:	Telefone Celular:		
2	Pai gistra	Endereço Residencial (se diferente do estudante):	Cidade, Estado, CEP:	Telefone Residencial:		
	Regi	Local de Emprego:	Telefone do Trabalho:	E-mail do Pai/Mãe:		
	Pai	Sobrenome:	Nome:	Telefone Celular:		
	Outro	Endereço Residencial (se diferente do estudante):	Cidade, Estado, CEP:	Telefone Residencial:		
	ō	Local de Emprego:	Telefone do Trabalho:	E-mail do Pai/Mãe:		
	para Retirar o Aluno	ALUNOS NÃO PODERÃO SER RETIRADOS POR PESSOAS QUE NÃO ESTEJAM NA LISTA ABAIXO. Ao selecionar uma pessoa autorizada a retirar seu filho, considere se esta pessoa está preparada para lidar com quaisquer necessidades médicas especiais exigidas por seu filho. Eu/Nós autorizo/autorizamos pelo presente o contato, a divulgação de informações relacionadas a emergências ou a retirada do aluno pelas seguintes pessoas em caso de doença, evacuação ou outra emergência que possa ocorrer enquanto o aluno estiver na escola. Nome: Relação: Telefone:				
	ıra R	Home:	ne.ayao.	received.		
	lo pa					
	zadc					
	izac					
	utorizac					
	tato Autorizado	Afirmo que as informações neste cartão são verdadeiras e corre	etas. Avisarei a secretaria da escola imediatament	te sobre quaisquer mudanças.		
	Contato Autorizac	Afirmo que as informações neste cartão são verdadeiras e corre Assinatura:	etas. Avisarei a secretaria da escola imediatament Data:	te sobre quaisquer mudanças. Relação:		
	Cont	Assinatura: Esta seção pode ser preenchida somente pelo pai não regis	Data: strante para designar outras pessoas que pode	Relação: em retirar o aluno. O pai registrante não pod		
2	Não Cont uno	Assinatura: Esta seção pode ser preenchida somente pelo pai não regis alterar esta seção do formulário. O pai não registrante não p	Data: strante para designar outras pessoas que pode pode alterar qualquer outra seção deste formu	Relação: m retirar o aluno. O pai registrante não pod lário.		
	Pai Não Cont o Aluno	Assinatura: Esta seção pode ser preenchida somente pelo pai não regis	Data: strante para designar outras pessoas que pode	Relação: em retirar o aluno. O pai registrante não poc		
	Pai Não Cont o Aluno	Assinatura: Esta seção pode ser preenchida somente pelo pai não regis alterar esta seção do formulário. O pai não registrante não p	Data: strante para designar outras pessoas que pode pode alterar qualquer outra seção deste formu	Relação: m retirar o aluno. O pai registrante não pod lário.		
	Pai Não Cont o Aluno	Assinatura: Esta seção pode ser preenchida somente pelo pai não regis alterar esta seção do formulário. O pai não registrante não p	Data: strante para designar outras pessoas que pode pode alterar qualquer outra seção deste formu	Relação: m retirar o aluno. O pai registrante não pod lário.		
-	orizado pelo Pai Não Cont para Retirar o Aluno	Assinatura: Esta seção pode ser preenchida somente pelo pai não regis alterar esta seção do formulário. O pai não registrante não pome:	Data: strante para designar outras pessoas que pode pode alterar qualquer outra seção deste formu	Relação: m retirar o aluno. O pai registrante não pod lário.		
-	Autorizado pelo Pai Não Continte para Retirar o Aluno	Assinatura: Esta seção pode ser preenchida somente pelo pai não regis alterar esta seção do formulário. O pai não registrante não pome:	Data: strante para designar outras pessoas que pode pode alterar qualquer outra seção deste formu Relação:	Relação: em retirar o aluno. O pai registrante não pod ário. Telefone:		
-	Pai Não Cont o Aluno	Assinatura: Esta seção pode ser preenchida somente pelo pai não regis alterar esta seção do formulário. O pai não registrante não pome:	Data: strante para designar outras pessoas que pode pode alterar qualquer outra seção deste formu Relação:	Relação: em retirar o aluno. O pai registrante não pod lário. Telefone:		

Escolas Públicas do Condado de Broward Cartão de Contato de Emergência do Estudante

As informações pessoais fornecidas neste formulário serão mantidas confidenciais (em uma área protegida) e somente usadas e divulgadas pela equipe da escola se absolutamente necessário.

	Sobrenome do Estudante:	Nome:	Nome do Meio:				
Informações de Medicação	O seu filho toma medicação? □ Sim □ Não	Se o seu filho precisa de medicação na escola, todos os medicamentos devem ser enviados na embalagem original da prescrição, com a data corrente e o nome do paciente. Além disso, a "Autorização para Medicação/Tratamento" deve ser preenchida e assinada pelo					
õe açã		médico e pelos pais e ser arquivada na escola.					
formações Medicação	Medicamento:	Dosagem:	Horário de Aplicação:				
Jen Jec							
nfo ~							
_							
de e rres	Assinale a caixa de seleção aplicável: Seguro de Saúde da Família 🗆 Florida Kid Care 🗀 Florida Healthy Kids 🗀 Nenhum Se NENHUM, podemos encaminhar o nome e número de telefone dos pais para o Seguro Florida Kid Care para verificar se o estudante se qualifica para						
Seguro de Saúde e Provedores	o seguro de saúde? Caso Sim, favor assinar aqui:						
	Médico:		Telefone:				
	Dentista:	Telefone:					
	Nome do Plano de Saúde/Grupo:	•	Telefone:				
	Condições Médicas	Assinale todas as opções aplicáveis:					
S	☐ Asma. Se selecionada, usa inalador?	☐ Sim ☐ Não ☐ Usa medicação diária					
<u>ic</u>	☐ Convulsões. Se selecionada, toma medicação?	☐ Sim ☐ Não					
léd	☐ Diabete. Se selecionada, dependente de insulina?	☐ Sim ☐ Não					
Informações Médicas	☐ Limitação de movimento (especificar):						
, Še	☐ Doença recente/hospitalização/cirurgia (descrever):						
aÇ	☐ Alergias graves. Se selecionada, especificar o tipo:		Para tratar a alergia, requer-se:				
E	☐ Alimentar/ambiental:		☐ EpiPen				
Je	☐ Picadas de insetos:	☐ Benadryl					
<u>-</u>	☐ Medicamentos/Drogas:	□ Outro:					
	Seu filho usa óculos/lentes de contato? ☐ Sim ☐ Não	uditivo? 🗆 Sim 🗆 Não					
Divulgação de Informações Médicas e Tratamento de Emergência	saúde. Para alunos que recebem serviços de saúde da escola ou pessoais de saúde do meu filho e os dados demográficos relacio a conformidade do programa pelo Distrito e escolas e avaliar a p	nados com o Departamento de Saúde da Flórida	-				
ção as e Em	Assinatura do Pai ou Mãe:	_	Data:				
Divulga Médica	Informações médicas e outras serão divulgadas sem o consentimento dos pais/aluno qualificado em casos de emergências de saúde, conforme permitido pela Lei de Privacidade e Direitos Educacionais da Família (FERPA). A escola solicitará atendimento médico de emergência, conforme necessário. O transporte de emergência para uma unidade de saúde, conforme determinado por paramédicos, será autorizado.						
de	Procedimentos Normais de Saída. Em um dia típico, como	seu filho sairá da escola?					
	☐ De carro	☐ De ônibus escolar	☐ De transporte público				
ő e		_					
maçõe Saída	☐ Programa após o horário escolar na escola ☐ Programa após o horário escolar fora da escola ☐ Caminhar ou ir de bicicleta						
Informações Saída	Procedimentos de Saída de Emergência. No caso de uma forte tempestade ou outra emergência imprevista, seu filho foi instruído a:						
nfc	☐ Caminhar para casa	☐ Ir de ônibus escolar, como sempre	☐ Usar transporte público				
	☐ Ir de carro para casa somente com os pais	☐ Ir de carro para casa com uma pessoa indica	da na lista de contatos autorizados				
Irmãos e Idioma Falado em Casa	Sobrenome:	Nome:	Série:				
e Idioma em Casa							
P E							
Irmãos e Falado e							
não Iac							
<u>Ir</u> Fa	Indique todos os idiomas falados em casa:		•				
.o	Por favor, ajude-nos a entender melhor as necessidades da nossa comunidade escolar, respondendo às seguintes perguntas. Assinale todas as opções aplicáveis:						
ıárı	Seu filho tem acesso a um computador em casa?		☐ Sim ☐ Não				
io	Você tem acesso à internet em casa?		☐ Sim ☐ Não				
Questionário	Seu filho tem acesso à internet no computador de casa?		☐ Sim ☐ Não				
Qu	Você tem acesso à internet fora de sua casa?	☐ Sim ☐ Não					
	Indique o método de contato de sua preferência: Telefo						
		-					

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO E/OU SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Venho por meio desta solicitar e aut		oa, Escola, ou Departame	nto)		
(Endereço)	(Cidade)	(Estado)	(CEP)	(Nº Telefone)	a iniciar
comunicação verbal e/ou escrita e di	vulgar registros pa		Pessoa, Cargo	e/ou Escola/Agência/Entid	lade)
(Endereço)	(Cidade)	(Estado)	(CEP)	(Nº Telefone)	
referentes às informações indicadas : nascimento é E de drogas ou álcool, situação econômi comunicadas, caso indicado abaixo. E além de meu filho.	stou ciente de que i ca e informações e	nformações psiquiá ducacionais referen	itricas, psic ites ao meu	ológicas, de diagnoso filho serão divulgada	e médica, de abuso as e/ou
Planos de Tratamento Prontuários de Tratamento / Al Registros Médicos / de Saúde Observações sobre o Caso / Pro Número de Identificação do Es Registros Acadêmicos / Relacionados à Notas Escolares Notas de Exames Frequência Escolar Suspensões / Expulsões Registros de Educação de Estu 504 Outra informação	ogresso / Terapia tudante Escola:	Hi Se Se Se Re ass ac Seção	stórico Soci valiações Ps rviços de A rviços de A origo) rviços Médi esultados do sociadas (ind ima para se	Cratamento de Abuso da le/ou de Desenvolvi icológicas e/ou Psiqui poio Restaurativo ssistência Social (Alinacos teste de HIV/AIDS o divíduos específicos divulgar ou receber es	mento átricas nentos, Vestuário, u condições evem ser indicados
Para efeitos de:					
Estou ciente de que todas as info estritamente em sigilo e não pod Compreendo que esta autorização 20, o qual ocorrer primeiro. A posso revogar meu consentimento p	em ser divulgada irá vencer em u A cópia desta auto	s pelo beneficiár n (1) ano a parti orização é válida o	io sem un r da data	na autorização adi de assinatura, ou o	cional por escrito em
Nome do Pai / Responsável / Estudante Elegíve	el em letra de forma	Assinatura do Pai /	Responsável /	Estudante Elegível	Data
Parentesco com o aluno					
*Estudantes elegíveis (maiores de 18 anos) pod	lem autorizar a divulgaç	ção de seus registros ed	acacionais.		
(USE ESTE ESPAÇO PARA REVO Revogo o meu consentimento prévio		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	ore o meu fi	<u>lho.</u>	
Data de Revogação do Consentimento Form #4301PO REV 07/18 Risk Management	Assina	tura do Pai / Responsáv	el / Estudante	Elegível	