

Student #:	School/ Teacher:	Date:	Grade Level:	Entry Code:
------------	---------------------	-------	-----------------	----------------



Formulário de Matrícula Estudantil

Somente o pai/responsável (F.S. §1000.21(5)) que matricular o aluno (ou seja, preencher este formulário) pode retirar o aluno de sua escola atual, a menos que haja documentação de circunstâncias atenuantes indicando o contrário. Se houver mudanças nas informações abaixo, o pai/responsável tem a responsabilidade de notificar a escola por escrito no prazo de 10 dias de aula. Os dados pessoais fornecidos neste formulário serão mantidos confidenciais (em uma área protegida) e somente usadas e divulgadas pela equipe da escola e do distrito se absolutamente necessário.

Sobrenome do Aluno (Legal)		Nome (Legal)		Nome do Meio	Nome Social
Endereço Residencial Principal do Aluno			Apto	Cidade	CEP
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Telefone Residencial		Telefone Celular do Aluno		Endereço de E-mail do Aluno	
SSN		Data em que o Aluno Iniciou a Escola Pela Primeira Vez nos EUA	Data de Nascimento	Local de Nascimento (Cidade/Estado/País)	
*Não é necessário para matrícula ou graduação. O F.S. §1008.386 requer que o SBBC solicite o SSN para seu sistema de gerenciamento de informações.					
O Aluno Mora Com		Etnia		Raça (Assinale todas as opções aplicáveis)	
<input type="checkbox"/> Um dos Pais <input type="checkbox"/> Ambos os Pais (mesmo endereço) <input type="checkbox"/> Ambos os Pais (endereços diferentes)		<input type="checkbox"/> Não Hispânico ou Não Latino <input type="checkbox"/> Hispânico ou Latino		<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Nativo Havaiano/Ilhéu do Pacífico	
<input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Estudante Independente <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Sobrenome do Pai/Mãe Registrante (Legal)		Nome (Legal)		Nº da Carteira de Motorista	Relação com o Estudante
Telefone do Trabalho do Pai/Mãe Registrante		Telefone Celular do Pai/Mãe Registrante		Endereço de E-mail do Pai/Mãe Registrante	
Sobrenome do Pai/Mãe Não Registrante (Legal)		Nome (Legal)		Nº da Carteira de Motorista	Relação com o Estudante
Telefone do Trabalho do Pai/Mãe Não Registrante		Tel. Celular do Pai/Mãe Não Registrante		Endereço de E-mail do Pai/Mãe Não Registrante	
Endereço Residencial do Pai/Mãe Não Registrante			Apto	Cidade	Estado
Pesquisa de Idioma Materno (Se a resposta for "Sim" a alguma dessas perguntas, o aluno deve fazer o teste de proficiência em inglês)					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Fala-se outro idioma em casa que não seja o inglês?		Caso "sim", qual idioma?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		O aluno tem um idioma materno que não seja o inglês?		Caso "sim", qual idioma?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		O aluno fala outro idioma com mais frequência do que o inglês?		Caso "sim", qual idioma?	

A residência principal do aluno é: (Assinale apenas uma opção)

<input type="checkbox"/> de propriedade do pai/responsável.	<input type="checkbox"/> compartilhada com alguém por escolha (<u>não</u> devido a dificuldades financeiras), com uma Declaração Juramentada de Habitação Compartilhada válida.
<input type="checkbox"/> alugada com contrato válido de aluguel. Data de Vencimento: _____	<input type="checkbox"/> 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:
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Espaço público, qualquer tipo de veículo, estação de ônibus ou trem, prédio abandonado, habitação precária ou ambiente semelhante?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Habitação de aluguel baixo (tal como habitação subsidiada de Seção 8)?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Abrigo provisório ou de emergência?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Terras indígenas?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Hotel/motel, área de trailers ou área de acampamento, devido à falta de alternativas de alojamento adequado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Propriedade federal, instalação militar de propriedade federal ou propriedade da NASA?

Um dos pais é:

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Membro ativo dos serviços uniformizados, incluindo a Guarda Nacional e Reserva? Caso sim, qual divisão? _____
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Veterano, dispensado por razões médicas, ou morreu durante o serviço ativo nos serviços uniformizados? Caso sim, qual divisão? _____
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Empregado em agricultura ou indústria de pesca em algum momento nos últimos três anos?

O aluno já foi ou esteve alguma vez:

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Matriculado em uma Escola Pública do Condado de Broward?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Retido (repetiu a mesma série)?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Matriculado em uma Escola Charter do Condado de Broward?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em Educação de Estudantes Excepcionais (ESE)?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Matriculado em um programa de Educação Domiciliar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em um plano 504?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Expulso da escola?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em um programa ESOL?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Condenado por um crime?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em um programa Magnet?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Envolvido no Sistema de Justiça Juvenil?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em Acolhimento Familiar?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Encaminhado para serviços de saúde mental?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em um programa para Superdotados?

Nome(s) da(s) Escola(s) Anterior(es)	Cidade/Estado/País	Período de Frequência	Série(s)	Tipo
				<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Charter <input type="checkbox"/> Educação Domiciliar
				<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Charter <input type="checkbox"/> 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 matriculá-lo 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

<i>For Office Use Only:</i>	<input type="checkbox"/> <i>Medical</i>
<i>School #:</i>	<input type="checkbox"/> <i>Court Order</i>
<i>Student #:</i>	<input type="checkbox"/> <i>Special Needs</i>
<i>Date Enrolled:</i>	<input type="checkbox"/> <i>Other</i>

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.

Série:	Informações do Estudante	Sobrenome:	Nome:	Nome do Meio:	
		Professor (somente ensino fundamental):	Gênero: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Série:	
		Endereço Residencial:	Cidade, Estado, CEP:	Telefone Residencial:	
		Endereço para Correspondência (se diferente do acima):	Cidade, Estado, CEP:	Telefone Celular do Estudante:	
		Data de Nascimento: / /	O estudante mora com:	E-mail do Estudante:	
		Assinale as condições aplicáveis à residência do estudante: <input type="checkbox"/> Razão Médica <input type="checkbox"/> Ordem Judicial <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais <input type="checkbox"/> Outra	O estudante mudou de endereço depois da última matrícula? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Há algum registro de ordem judicial que impeça o pai de ter contato com o estudante? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (contate a escola)	
		Pai Registrante	Sobrenome:	Nome:	Telefone Celular:
			Endereço Residencial (se diferente do estudante):	Cidade, Estado, CEP:	Telefone Residencial:
			Local de Emprego:	Telefone do Trabalho:	E-mail do Pai/Mãe:
		Outro Pai	Sobrenome:	Nome:	Telefone Celular:
Endereço Residencial (se diferente do estudante):	Cidade, Estado, CEP:		Telefone Residencial:		
Local de Emprego:	Telefone do Trabalho:		E-mail do Pai/Mãe:		
Nº de Identificação do Estudante:	Contato Autorizado para Retirar o Aluno	Favor indicar os nomes das pessoas autorizadas a retirar seu filho da escola, ou que possamos contatar, caso não for possível entrar em contato com os senhores. 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:	
		Afirmo que as informações neste cartão são verdadeiras e corretas. Avisarei a secretaria da escola imediatamente sobre quaisquer mudanças.			
		Assinatura:	Data:	Relação:	
		Esta seção pode ser preenchida somente pelo pai não registrante para designar outras pessoas que podem retirar o aluno. O pai registrante não pode alterar esta seção do formulário. O pai não registrante não pode alterar qualquer outra seção deste formulário.			
		Nome:	Relação:	Telefone:	
Afirmo que as informações neste cartão são verdadeiras e corretas. Avisarei a secretaria da escola imediatamente sobre quaisquer mudanças.					
Assinatura:	Data:	Relação:			
Estudante:	Contato Autorizado pelo Pai Não Registrante para Retirar o Aluno	Esta seção pode ser preenchida somente pelo pai não registrante para designar outras pessoas que podem retirar o aluno. O pai registrante não pode alterar esta seção do formulário. O pai não registrante não pode alterar qualquer outra seção deste formulário.			
		Nome:	Relação:	Telefone:	
		Afirmo que as informações neste cartão são verdadeiras e corretas. Avisarei a secretaria da escola imediatamente sobre quaisquer mudanças.			
		Assinatura:	Data:	Relação:	

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO E/OU SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Venho por meio desta solicitar e autorizar: _____
 (Nome da Pessoa, Escola, ou Departamento)

_____ a iniciar
 (Endereço) (Cidade) (Estado) (CEP) (Nº Telefone)

comunicação verbal e/ou escrita e divulgar registros para: _____
 (Nome da Pessoa, Cargo e/ou Escola/Agência/Entidade)

_____ a iniciar
 (Endereço) (Cidade) (Estado) (CEP) (Nº Telefone)

referentes às **informações indicadas abaixo** a respeito do meu filho* _____, cuja data de nascimento é _____. Estou ciente de que informações psiquiátricas, psicológicas, de diagnose médica, de abuso de drogas ou álcool, situação econômica e informações educacionais referentes ao meu filho serão divulgadas e/ou comunicadas, caso indicado abaixo. Estou ciente também de que estas informações podem conter dados sobre a minha família, além de meu filho.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Planos de Tratamento | <input type="checkbox"/> Registros de Tratamento de Abuso de Substância |
| <input type="checkbox"/> Prontuários de Tratamento / Alta Hospitalar | <input type="checkbox"/> Histórico Social e/ou de Desenvolvimento |
| <input type="checkbox"/> Registros Médicos / de Saúde | <input type="checkbox"/> Avaliações Psicológicas e/ou Psiquiátricas |
| <input type="checkbox"/> Observações sobre o Caso / Progresso / Terapia | <input type="checkbox"/> Serviços de Apoio Restaurativo |
| <input type="checkbox"/> Número de Identificação do Estudante | <input type="checkbox"/> Serviços de Assistência Social (Alimentos, Vestuário, Abrigo) |
| Registros Acadêmicos / Relacionados à Escola: | <input type="checkbox"/> Serviços Médicos |
| <input type="checkbox"/> Notas Escolares | <input type="checkbox"/> Resultados do teste de HIV/AIDS ou condições associadas (indivíduos específicos devem ser indicados acima para se divulgar ou receber essas informações) |
| <input type="checkbox"/> Notas de Exames | |
| <input type="checkbox"/> Frequência Escolar | |
| <input type="checkbox"/> Suspensões / Expulsões | |
| <input type="checkbox"/> Registros de Educação de Estudante Excepcional / Seção 504 | |
| <input type="checkbox"/> Outra informação _____ | |

Para efeitos de: _____

Estou ciente de que todas as informações autorizadas por mim a serem divulgadas ou solicitadas serão mantidas estritamente em sigilo e não podem ser divulgadas pelo beneficiário sem uma autorização adicional por escrito. Compreendo que esta autorização irá vencer em um (1) ano a partir da data de assinatura, ou em _____, 20____, o qual ocorrer primeiro. A cópia desta autorização é válida em lugar do original. Compreendo também que posso revogar meu consentimento por escrito a qualquer momento.

 Nome do Pai / Responsável / Estudante Elegível em letra de forma Assinatura do Pai / Responsável / Estudante Elegível Data

 Parentesco com o aluno

*Estudantes elegíveis (maiores de 18 anos) podem autorizar a divulgação de seus registros educacionais.

(USE ESTE ESPAÇO PARA REVOGAR SEU CONSENTIMENTO)

Revogo o meu consentimento prévio para a divulgação de informações sobre o meu filho.

 Data de Revogação do Consentimento Assinatura do Pai / Responsável / Estudante Elegível

Form #4301PO
 REV 07/18
 Risk Management