



MEDFORD PUBLIC SCHOOLS

489 Winthrop Street Medford, MA 02155

781-393-2132/ 2131

MedfordRegOffice@medford.k12.ma.us

LISTA DE REQUISITOS PARA INSCRIÇÃO EN MEDFORD PUBLIC SCHOOLS

Para matricular um aluno nas Medford Public Schools, **todos os documentos devem ser levados ao Escritório de Inscrição da Medford High School.**

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

- Comprovante de residência:** 2 Contas de serviços públicos (ou seja, gás, eletricidade, água, TV a cabo) ou um contrato de locação/aluguel
- Comprovante de Identidade dos pais/responsáveis/cuidadores:** carta de habilitação, documento de identificação com foto ou passaporte. se responsável legal, um contrato de custódia deve ser fornecido

**Se um estudante e seus pais estiverem morando com uma pessoa que mora em Medford, o seguinte é necessário para completar a inscrição:*

- Declaração de Residência Juramentada autenticada**
- Comprovante de residência para a pessoa que assina o documento (2 contas recentes de serviços Públicos, etc.)*
- Tanto o doNão da casa como o arrendatário devem assinar o documento em frente a um Nãotário público*

INFORMAÇÃO DE ESTUDANTE:

- Pacote de Inscrição**, preencha tudo que se aplica, imprima e assine
- Certidão de Nascimento** (original, traduzido e certificado se não estiver em inglês)

DOCUMENTOS DE SAÚDE:

- Cópia das imunizações recentes (carteira de vacinas)
- Cópia do último exame físico (com data de até 12 meses após a data de registro)
- Avaliação de risco de tuberculose ou resultados de testes cutâneos.
- Pré-escola e Jardim de Infância: resultados da triagem de chumbo
- Jardim de Infância: resultados de uma triagem de visão incluindo a estereópsia

Os documentos de saúde podem ser enviados por e-mail MedfordHealthOffice@medford.k12.ma.us ou fax 781-393-2379 com o assunto: "Inscrição: {Nãome, escola e série (se conhecido)}"

Para qualquer pergunta relacionada à saúde ligue 781-393-2218 e peça para falar com uma enfermeira.

HISTÓRICO ACADÊMICO:

- Programa de Educação Individualizado (se aplicável)
- Plano 504 (se aplicável)
- Relatório de Pontuação ACCESS para ELLs (se aplicável)
- Cartão de transferência da escola anterior em Massachusetts
- Boletins de Nãotas e pontuações do MCAS (se disponíveis)

Alunos do 9º ano

- Ficha de Seleção de Cursos

Alunos do 10º ao 12º

- Histórico escolar
- Registros de disciplina
- Registros de frequência

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável/Cuidador: _____ Data: _____

**For School Use Only**

SASID: _____ LASID: _____ Date Received: _____ Entry Date: _____ HR: _____

Date Enrolled: _____ Proximity Zone: _____ School Assigned: _____ Grade: _____

FORMULARIO DE REGISTRO**INFORMAÇÕES DO ESTUDANTE:** (Por favor digite ou imprima)

Este aluno frequentou as Escolas Públicas de Medford no passado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Série/Ano de Assistência:
Nome:	Nome do Meio:	Sobrenome:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Não-Binario		
Data de Nascimento (mm/dd/aaaa):	Cidad de Nascimento:	País de Nascimento:
Endereço:		Cidad, Estado, CP:
Telefone do Estudante:	Endereço de e-mail:	
Data de Entrada nos EUA (mm/dd/aaaa):		
EDUCAÇÃO ESPECIAL / ALUNOS COM DEFICIÊNCIA		
Este aluno está recebendo atualmente Serviços de Educação Especial?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Este aluno está atualmente recebendo Serviços em um Plano 504?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

IDIOMA DE ORIGEM

<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Chinê	<input type="checkbox"/> Crioulo Haitiano	<input type="checkbox"/> Espanhol	<input type="checkbox"/> Português	<input type="checkbox"/> Outros: _____
---------------------------------	--------------------------------	---	-----------------------------------	------------------------------------	--

INFORMAÇÕES PARA OS PAIS/TUTOR/CUIDADOR

PAIS /TUTOR/ CUIDADOR 1	PAIS/MADRE TUTOR/ CUIDADOR 2
Nome:	Nome:
Telefone de Casa:	Telefone de Casa:
Telefone Celular:	Telefone Celular:
Telefone do Trabalho:	Telefone do Trabalho:
Endereço de e-mail:	Endereço de e-mail:
Relação com o Aluno:	Relação com o Aluno:
Tem a Custódia do Aluno: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tem a Custódia do Aluno <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vive com o Aluno: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vive com o Aluno: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Recebe Correio do Aluno <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Recebe Correio do Aluno: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Idioma Principal:	Idioma Principal:

IRMÃOS(AS): (Por favor, liste todos os irmãos(as) de idade escolar 18 anos e menor)

Nome	Idad	Relação	Série	Escola

CONTATOS DE EMERGÊNCIA:

Contacto de Emergencia 1	Contacto de Emergencia 2
Nome:	Nome:
Telefone de Casa:	Telefone de Casa:
Telefone Celular:	Telefone Celular:
Relação com o Aluno	Relação com o Aluno:
Idioma Principal:	Idioma Principal:

STATUS DE FAMÍLIA MILITAR: (verificar se aplicável)

<input type="checkbox"/> Membros ativos dos serviços uniformizados, Guarda Nacional e Reserva em pedidos ativos.
<input type="checkbox"/> Membros ou Veteranos que sejam gravemente feridos e que tenham alta médica ou se aposentem por um período de um ano após a alta médica ou aposentadoria.
<input type="checkbox"/> Membros dos serviços uniformizados que morrem em serviço ativo ou como resultado de ferimentos sofridos em serviço ativo por um período de um ano após a morte.

ETNIA/RAÇA: (cheque todos os que se aplica):

<input type="checkbox"/> Hispânico ou Latino: uma pessoa de origem cubana, mexicana, porto-riquenha, sul ou centro-americana ou outra cultura ou origem espanhola, independentemente da sua raça.
<input type="checkbox"/> Índio Americano ou Nativo do Alaska: uma pessoa que tem origens em qualquer um dos povos originais do Norte, Sul e da América Central, e que mantém a Afiliação tribal ou apego à comunidade.
<input type="checkbox"/> Asiático: uma pessoa que tenha origens em qualquer um dos povos originais de Extremo Oriente, do Sudeste Asiático ou do subcontinente Indiano incluindo, por exemplo, Camboja, China, Índia, Japão, Coreia, Malásia, Paquistão, Filipinas, Tailândia e o Vietnã.
<input type="checkbox"/> Preto o Afro-americano: uma pessoa que tem origens em qualquer um dos grupos raciais pretos da África.
<input type="checkbox"/> Nativo Havaiano e Outro Ilhéu Pacífico: uma pessoa que tem origens em qualquer um dos povos originais do Havaí, Guam, Samoa ou de outras Ilhas Pacíficas.
<input type="checkbox"/> Branco: uma pessoa que tem origens em qualquer um dos povos originais da Europa, África do Norte ou Oriente Médio.

INFORMAÇÕES MÉDICAS:

Nome completo do Médico de Família:		Telefone:
Endereço :		
Você tem seguro de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nome do seguro de saúde:	
Seu filho/a já fez um exame físico completo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data de exame mais recente:	
Favor verificar se seu filho/a tem ou teve alguma das seguintes condições		
<input type="checkbox"/> Cardíaco (Coração)	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Fala	<input type="checkbox"/> Audição	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Ezema	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Visão
Se alguma das caixas foi marcada, descreva:		
Seu filho/a toma medicação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nome(s) do(s) Medicamento(s):	

APENAS PARA ALUNOS QUE INGRESAN NO JARDIM DE INFÂNCIA

PESQUISA DE EXPERIÊNCIA EM EDUCAÇÃO INFANTIL

<input type="checkbox"/>	Meu/minha filho(a) não frequentou nenhum programa de educação infantil formal	01
<input type="checkbox"/>	Meu/minha filho(a) não frequentou um programa de educação infantil formal, mas participou dos serviços de <u>Coordinated Family and Community Engagement (CFCE)</u>	02
<input type="checkbox"/>	Meu/minha filho(a) não frequentou um programa de educação infantil formal, mas participou dos serviços de <u>Parent Child Home Program (PCHP)</u>	03
<input type="checkbox"/>	Meu/minha filho(a) não frequentou um programa de educação infantil formal, mas, participou de os serviços de <u>Coordinated Family and Community Engagement e de Parent Child Home Program</u>	04
<input type="checkbox"/>	Meu/minha filho(a) frequentou um <u>Cuidador e Educador Infantil Licenciado</u> (<i>indicar a carga horária, abaixo</i>)	05/06
	<input type="checkbox"/> Menos de 20 horas por semana <input type="checkbox"/> 20+ horas por semana	
<input type="checkbox"/>	Meu/minha filho(a) frequentou um <u>Centro de Cuidado e Educação Infantil</u> (<i>indicar a carga horária, abaixo</i>)	07/08
	<input type="checkbox"/> Menos de 20 horas por semana <input type="checkbox"/> 20+ horas por semana	
<input type="checkbox"/>	Meu/minha filho(a) frequentou ambos um <u>Cuidador e Educador Infantil Licenciado</u> e um <u>Centro de Cuidado e Educação Infantil</u> (<i>indicar a carga horária, abaixo</i>)	09/10
	<input type="checkbox"/> Menos de 20 horas por semana <input type="checkbox"/> 20+ horas por semana	

PESQUISA DE IDIOMA DOMÉSTICO

Os regulamentos do Departamento de Educação Elementar e Secundária de Massachusetts exigem que todas as escolas determinem os idiomas falados no domicílio de cada aluno para identificar suas necessidades específicas de idioma. Essa informação é essencial para que as escolas ofereçam instrução significativa para todos os alunos. Se outro idioma que não seja inglês for falado em casa, o Distrito precisará realizar uma avaliação mais detalhada do seu filho. Por gentileza, ajude-nos a atender esse requisito importante, respondendo às seguintes perguntas. Agradecemos a sua ajuda.

Informações do Aluno	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;">Nome</div> <div style="width: 20%;">Nome do meio</div> <div style="width: 20%;">Sobrenome</div> <div style="width: 20%; text-align: right;"> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Não-Binário </div> </div>	Sexo
País de Nascimento	Data de Nascimento (mm/dd/aaaa)
Data do 1º Registro em uma Escola nos EUA (mm/dd/aaaa)	
Informações da Escola	
Data de Início na Nova Escola	Nome da Escola e Cidade Antiga
Série/Ano atual	
Perguntas para os Pais/Responsáveis	
¿Qual é o idioma principal usado em casa, independentemente da língua falada pelo aluno? _____	¿Quais idiomas são falados com seu filho? (marque um) (inclua parentes -avós, tios, tias, etc. – e babás) <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> _____ poucas vezes/às vezes/com frequência/sempre <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> _____ poucas vezes/às vezes/com frequência/sempre
¿Qual foi o primeiro idioma que seu filho falou e compreendeu? _____	¿Qual idioma você usa com mais frequência com seu filho? _____
¿Quantos anos esteve o aluno na escola nos EUA (sem incluir o pré-primário)? _____	¿Quais são os idiomas que seu filho usa? (marque um) <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> _____ poucas vezes/às vezes/com frequência/sempre <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> _____ poucas vezes/às vezes/com frequência/sempre
¿Você deseja receber informações por escrito da escola em seu idioma nativo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, ¿Em que língua? _____	¿Você deseja um intérprete/tradutor presente nas reuniões entre pais-professores? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, ¿Em que língua? _____
X _____ Assinatura dos pais/responsáveis/cuidador:	_____ Data (mm/dd/aaaa)

FORMULÁRIO DE PERMISSÃO DO ALUNO PARA USO DO GOOGLE APP

O Distrito Escolar Público de Medford pode criar contas para todos os alunos colaborarem usando nossa implementação personalizada do Google Apps para Educação. Essas contas serão usadas para projetos relacionados à escola. As regras que regem a comunicação eletrônica adequada pelos estudantes estão incluídas na Política de Uso Aceitável da Tecnologia. Uma vez designadas as contas, os estudantes ganham acesso às ferramentas de colaboração disponíveis através do Google Apps.

A conta permite o acesso dos alunos ao Google Docs, processador de texto, planilha eletrônica, e-mail, calendário, ferramentas de autoria de websites, além de serviços adicionais. Isto permitirá que seu aluno colabore com professores e outros alunos, assim como compartilhar informações com a família e outros usuários da Internet.

Endereço de e-mail oficial: Os aluno será designado uma conta de e-mail de estudante.

Conduta: Os alunos são responsáveis por bom comportamento. É ilegal o uso de linguagem obsceno, profano, ameaçador ou desrespeitoso. A comunicação com os outros deve estar sempre relacionada ou estudo. Os estudantes não devem acessar nenhuma outra conta além da sua, compartilhar informações de conta ou tentar ignorar quaisquer restrições ou medidas de segurança. Os alunos devem notificar o professor sobre qualquer coisa inapropriada ou qualquer coisa que os torne desconfortáveis. O assédio não será tolerado e a privacidade dos outros deve ser respeitada em todos os momentos.

Restrição de acesso: O acesso e o uso do Google Apps para Educação é um privilégio concedido

a critério das Escolas Públicas de Medford. O Distrito mantém o direito de retirar imediatamente o acesso e uso da conta quando há razões para acreditar que ocorreram violações das leis ou das políticas do Comitê Escolar Distrital. Nesses casos, a alegada violação será encaminhada para mais investigação e aplicação das consequências necessárias, como indicado no Manual do Estudante.

Segurança: O Distrito Escolar Público de Medford não garante a segurança de arquivos eletrônicos localizados no sistema Google. Embora o Google tenha um poderoso filtro de conteúdo instalado, a escola não pode assegurar que os usuários não serão expostos a material não educativo.

Privacidade: O Distrito Escolar Público de Medford reserva-se o direito de acessar e revisar o conteúdo no Google Apps para o sistema educação a qualquer momento. Todos os e-mails são gravada e arquivados em nosso sistema. As políticas do Comitê Distrito Escolar cumprem com todas as leis de privacidade estaduais e federais

1. Eu discuti com meu filho(a) suas responsabilidades quanto ao uso do Google Apps através das MPS
2. Eu entendo que qualquer violação por meu filho(a) das orientações pode resultar na suspensão ou revogação de seu/sua conta do Google Apps, ação disciplinar escolar e, se necessário, remeter às autoridades de polícia.
3. Eu não vou segurar o Distrito Escolar Público de Medford responsável ou responsáveis por quaisquer materiais de meu filho(a) acessou, adquiriu ou transmitiu através da conta das MPS Google Apps.

Meu filho(a) e eu entendemos e concordamos em seguir as normas acima mencionadas para o uso das contas do Google Apps. Dou permissão para que meu filho(a) tenha uma conta no Google Apps.

Certifico que as informações fornecidas às Escolas Públicas de Medford neste pacote de registro são verdadeiras sob as dores e penalidades ou perjúrio identificados na Portaria da Cidade de Medford e na Política das Escolas Públicas de Medford.

Assinatura dos Pais/Responsáveis: _____ Data: _____

MEDFORD PUBLIC SCHOOLS STAFF ONLY

AUTHORIZED SIGNATURE: _____ DATE: _____



AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAR/OBTER REGISTROS DE ALUNOS

Eu, _____, sou o pai/mãe/responsável legal do estudante abaixo mencionado.

Autorizo a liberação de todos os registros acadêmicos, incluindo históricos oficiais, resultados de testes, disciplina, saúde, educação especial e qualquer outra informação sobre meu filho/a para as Escolas Públicas de Medford. Dou ainda permissão para que as Escolas Públicas de Medford falem com os ex-professores, diretor, conselheiro e outros funcionários da escola de meu filho/a, conforme necessário.

Assinatura dos Pais/Guardião Legal: _____ Data: _____

Nome do Aluno:		Data de Nascimento:	
----------------	--	---------------------	--

Informações sobre a Escola Antiga:

Nome da Escola Antiga:		Serie/Ano	
Endereço da Escola:			
Cidade, Estado y CEP:			
Número de Telefone:			
Número de Fax:			

Apenas para uso escolar

Records can be mailed to: _____



AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE/ALUNO:		DATA DE NASCIMENTO:	
Eu, por este meio autorizo _____ e _____ (Médico) (Infermeira da Escola)			
para divulgar informações / registros verbais / escritos em saúde e educação para os fins listados abaixo. a divulgar informações / registros de saúde e educação verbais / escritos para os fins listados abaixo			
MÉDICO(S):			
ENDEREÇO:			
TELEFONE		FAX:	
ESCOLA:			
ENDEREÇO			
TELEFONE:		FAX:	

Descrição:

As informações a divulgar consiste em (Marque as caixas apropriadas):

- Registro de imunização
- Exame físico mais recente
- Lista de medicamentos atuais
- Plano de Ação para Asma
- Avaliações comportamentais/ de saúde mental
- Resultados do teste cutâneo de TB ou avaliação de baixo risco
- Resultados da avaliação da escoliose
- Resultados do teste de chumbo mais recente
- Resultados da avaliação da visão
- Resultados da avaliação auditiva
- Resultados do exame dentário
- Registro de visita ao consultório, clínica ou pronto-socorro para a(s) data(s) seguinte(s) _____
- Outros problemas e/ou preocupações médicas _____

Essas informações serão usadas para o(s) seguinte(s) objetivo(s) (marque as caixas apropriadas):

- Atualizar o registro de saúde do aluno
- Desenvolver plano de cuidados de saúde/emergência/apoio comportamental para este aluno
- Desenvolver plano de administração/monitoramento de medicamentos para este aluno
- Determinar a colocação em sala de aula e planos de acomodação para este aluno

A enfermeira ou conselheiro escolar pode compartilhar informações médicas fornecidas com membros apropriados da equipe educacional para uso no atendimento às necessidades educacionais e de saúde do aluno. **Isto será feito com base na “necessidade de saber”, de forma confidencial e também pode incluir a comunicação entre o médico e a enfermeira da escola para facilitar este processo.**

Autorização

Esta autorização é válida por um ano. Ele expirará em _____ (data). Entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento enviando uma notificação por escrito da retirada do meu consentimento. Reconheço que esses registros, uma vez recebidos pelo distrito escolar, podem não estar protegidos pela Regra de Privacidade HIPAA, mas se tornarão registros educacionais protegidos pela Lei de Privacidade e Direitos Educacionais da Família. Entendo também que, se me recusar a assinar, essa recusa não interferirá na capacidade do meu filho de obter assistência médica.

Assinatura dos Pai/Responsável/Cuidador _____ Data _____

Assinatura do Estudante * _____ Data _____

* Se um aluno menor de idade estiver autorizado a consentir na assistência médica sem o consentimento dos pais de acordo com a lei federal ou estadual, somente o aluno deverá assinar este formulário de autorização. Um menor competente, dependendo da idade, pode consentir em atendimento ambulatorial em saúde mental, tratamento de abuso de álcool e drogas, testes para HIV / AIDS e serviços de saúde reprodutiva.

APENAS PARA ALUNOS QUE INGRESSAM NAS SÉRIES 6-12

Formulário De Aceitação De Empréstimo Do Chromebook Para Uso Do Aluno

NOME DO ESTUDANTE: _____ **ESCOLA:** _____

Medford Public Schools (MPS) fornecer-lhe-ão um Chromebook para ser utilizado para trabalhos escolares na escola e em casa. É sempre responsável por este aparelho, pelo seu Carregador e Estojo, em todos os momentos. Não deve haver nenhuma expectativa de que um aparelho roubado ou danificado seja substituído por um e idêntico.

Ao assinar este formulário, aceita e concorda com as seguintes condições:

1. Estou recebendo um Chromebook, Carregador e Estojo, designado pela MPS para uso dos alunos.
2. Assumirei a responsabilidade pela segurança e pelo cuidado adequado do Chromebook
3. Entendo que o Chromebook e o seu software são propriedade do MPS e vou utilizá-lo de acordo com a Política de Utilização Responsável do MPS.
4. Não modificarei o computador, não alterarei a configuração do equipamento de forma alguma, não desmontarei nenhuma parte do computador portátil, nem tentarei qualquer reparo.
5. Devolverei o aparelho nas mesmas condições em que me foi emprestado
6. Concordo em pagar \$50,00 por um Chromebook de substituição no caso de o computador ser:
 - a) Perdido ou extraviado
 - b) danificado, caso em que concordo em devolver o portátil danificado
 - c) Roubado, caso em que concordo em apresentar um relatório oficial da polícia ao MPS
7. Concordo em pagar \$25,00 pelo Carregador e \$10,00 pelo Estojo em caso de perda ou danos

Nome dos Pais/Responsáveis: _____

Assinatura dos Pais/Responsáveis (exigido se o aluno é menor de 18 anos): _____

Assinatura do Aluno: _____ Data: _____

Se houver alguma razão pela qual você não possa pagar por um Chromebook e/ou acessórios perdidos, danificados ou roubados, por favor assine abaixo e mande ao seu aluno levar este formulário ao seu Diretor Assistente antes de pegar outro Chromebook

Se houver alguma razão pela qual você não possa pagar por um Chromebook e/ou acessórios perdidos, danificados ou roubados, por favor assine abaixo e mande ao seu aluno levar este formulário ao seu Diretor Assistente antes de pegar outro Chromebook.

A nenhum estudante será negado o acesso a um computador portátil devido a dificuldades económicas