

Bem-vindos ao Distrito Escolar de Edmonds. Atualmente estamos aceitando novos pacotes de matrícula para o ano letivo de 2023-24. Por favor, preencha este pacote de matrícula e retorne à escola de seu/sua aluno(a) com qualquer documentação adicional requerida. Se você já matriculou seu/sua aluno(a) online no Skyward, por favor, não preenche este pacote. Estamos entusiasmados de trabalhar com você e seu/sua filho(a).

**Passo 1:** Preencher os seguintes formulários requeridos

- P-134 Formulário de matrícula estudantil
- P-135 Formulário de Verificação de Residência Estudantil e anexar comprovante de residência

Se você não puder fornecer o comprovante de residência, preenche um destes documentos e anexe a este formulário.

- P-160 Questionário de Alojamento para Alunos (McKinney -Vento Act elegibilidade)
- P-110 Declaração de Residência (entre em contato com sua escola)

- HS-534 Formulário sobre Saúde do(a) aluno(a)
- HS-518 Registros de imunização descarregados via MyIR
  - Leia as instruções da carta de apresentação do formulário HS581

Recomendamos que as famílias qualificadas se inscrevam para o Programa de Refeições Gratuitas e Reduzidas (Free and Reduced Meal Program). O processo de inscrição é simples e confidencial. As inscrições estão disponíveis no link a seguir, no Skyward Family Access ou em qualquer escola.

- Solicitação de Almoço Livre e Reduzido (se for adequado) - podem achar as informações no site <https://bit.ly/ESDFoodandNutrition>

Série designada			
Primária		Secundária	
Kindergarten	9/1/2017 até 8/31/2018	7ª série	9/1/2010 até 8/31/2011
1ª série	9/1/2016 até 8/31/2017	8ª série	9/1/2009 até 8/31/2010
2ª série	9/1/2015 até 8/31/2016	9ª série	9/1/2008 até 8/31/2009
3ª série	9/1/2014 até 8/31/2015	10ª série	9/1/2007 até 8/31/2008
4ª série	9/1/2013 até 8/31/2014	11ª série	9/1/2006 até 8/31/2007
5ª série	9/1/2012 até 8/31/2013	12ª série	9/1/2005 até 8/31/2006
6ª série	9/1/2011 até 8/31/2012		

**Passo 2:** Devolva este pacote já preenchido com toda a documentação adicional requerida para a escola de seu/sua aluno(a)

Um(a) funcionário(a) da escola entrará em contato com você para finalizar sua matrícula e, se necessário, solicitará alguma documentação adicional. O(a) funcionário(a) da escola lhe dará uma data de início após a entrega do pacote. A documentação incompleta pode atrasar a data de início de um(a) aluno(a).

**IMPORTANTE:**

**Comprovante de nascimento:**

Para alunos que estão ingressando no Kindergarten e na primeira série, são recém-chegados aos Estados Unidos, ou não têm nenhuma experiência escolar prévia, é necessário que os pais apresentem um documento para definir a idade do(a) aluno(a) que contenha, entre outros, uma certidão religiosa, de hospital ou médica mostrando a data de nascimento; um registro de adoção; uma certidão de nascimento, registros escolares previamente verificados; documentação do Departamento de Serviços Sociais e de Saúde, ou qualquer outro documento permitido por lei.

**Condições, Medicamentos e Imunizações com risco de vida:**

Os alunos com condições de risco de vida (exemplos: alergias graves, asma grave, diabetes, epilepsia, etc.) precisam de planos de saúde; se a condição requer medicação - o plano e os medicamentos DEVEM estar prontos na escola antes da terça-feira 2 semanas antes do início da semana escolar para garantir que seu/sua aluno(a) possa começar no primeiro dia. As imunizações são necessárias para o ingresso do(a) aluno(a).

Se você tiver perguntas adicionais, você pode entrar em contato com as seguintes pessoas:

- Primária - Kari McGie at 425-431-7176 or [mcgiek280@edmonds.wednet.edu](mailto:mcgiek280@edmonds.wednet.edu)
- Secundária - Leslie Anderson at 425-431-7094 or [andersonl@edmonds.wednet.edu](mailto:andersonl@edmonds.wednet.edu)



**Verificação da Declaração de Residência**

Nome do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_

A fim de verificar a residência dentro do distrito, UMA documentação atual da seguinte lista DEVE ser fornecida. O documento precisa conter a data dentro dos últimos sessenta dias mostrando o nome e endereço do pai/da mãe/do(a) tutor(a) (os números das caixas postais não são aceitáveis como endereço residencial).

- Documentos de garantias (escrow), registro de hipoteca ou declaração
- Declaração de seguro residencial
- Contrato de aluguel com comprovante de aluguel atual
- Conta de gás ou luz
- Conta de água
- Conta do refugio
- Conta de TV a cabo e Internet
- Conta telefônica para uma linha telefônica no endereço indicado
- Outros documentos aprovados pela escola \_\_\_\_\_
- Se você faz parte do **Programa de Privacidade do Endereço do Estado de Washington (Washington State Address Confidentiality Program)**, a documentação oficial do Programa de Privacidade do Endereço (Address Confidentiality Program) que declara a área de matrícula da escola cumpre o requisito para definir residência no Distrito Escolar de Edmonds. Você deve enviar uma carta atualizada para a escola a cada ano.
- Verificação da convivência com \_\_\_\_\_. **Deve preencher o formulário P-110 de Declaração de Residência (Affidavit of Residency Form)**, disponível mediante solicitação na escola.

**Se você não puder fornecer nenhum dos itens mencionados anteriormente, por favor, entre em contato com a escola para falar sobre suas circunstâncias e decidir sobre os próximos passos.**

Por favor, indique a seguir os nomes de alunos adicionais neste endereço que freqüentam uma escola no Distrito Escolar de Edmonds.

Aluno(a): \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_

Aluno(a): \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_

Aluno(a): \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_

Declaro que o(s) estudante(s) mencionado(s) anteriormente reside(m) no endereço de um dos documentos anteriormente indicado(s) e anexado(s) a este pacote de matrícula. Eu notificarei a escola no prazo de duas semanas após de qualquer mudança de residência e aceito fornecer um novo comprovante de residência e uma declaração assinada e atualizada naquele momento. Se eu me mudar para fora dos limites do distrito escolar, entendo que um Pedido de Transferência de Escolha deve ser apresentado e aprovado a fim de continuar frequentando a escola indicada anteriormente.

Falsificação de qualquer informação ou documento requerido para verificação de residência, ou o uso do endereço de outra pessoa sem que realmente residem lá, pode resultar na revogação da matrícula do(a) aluno(a) no Distrito Escolar de Edmonds (veja o Regulamento 3131).

Nome impresso do pai/da mãe/do(a) tutor(a): \_\_\_\_\_

Assinatura do pai/da mãe/do(a) tutor(a): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**For Office Use Only: Current Student – Recently Moved has NEW Address**

Student(s) Request:

 Transfer to new school assigned to address:  Immediately or  Date: \_\_\_\_\_

 Continue to attend current school through Grade 6 \_\_\_\_\_ Grade 8 \_\_\_\_\_ Grade 12 \_\_\_\_\_  
 (Students not approved to remain in path, must apply for school change when changing schools)

**School:** Email a copy of this form to Kari McGie (elementary) or Leslie Anderson (secondary)

\*\* A parte acima é só pra secretaria da escola

Original placed in cumulative folder with new proof of residency attached





**Preenche este formulário SOMENTE SE sua situação de moradia for transitória ou instável. Se você é proprietário, aluga ou arrenda sua vivenda, por favor NÃO preencha este formulário.**

As respostas para as seguintes perguntas podem ajudar a determinar os serviços que este ou esta estudante pode se qualificar para receber de acordo com o McKinney-Vento Act (a Lei McKinney-Vento) 42 U.S.C. 11435. A Lei McKinney-Vento oferece serviços e apoio para crianças e jovens que vivem em situação de pobreza e não têm onde morar. (Veja o lado reverso para mais informação).

Se o ou a estudante vive em domicílio próprio ou alugado pelos pais ou tutores, você não precisa preencher este formulário, a menos que tenha recursos inadequados (falta de água, calefação, eletricidade, etc.). Se você não é proprietário/aluguelado de sua própria moradia, por favor, confirme tudo o que diz respeito a este assunto a seguir.

- Em um motel/hotel
- Em um refúgio (curto prazo/longo prazo)
- Passando de um lugar para outro
- Na vivenda ou apartamento de alguém com outra pessoa/família
- Em uma moradia com recursos inadequados (falta de água, calefação, eletricidade, etc.)
- Um carro, estacionamento, acampamento, ou lugar similar
- Moradia transitória
- Outro \_\_\_\_\_

Nome do(a) Estudante (Sobrenome, Primeiro)	Escola	Série	Data de Nascimento	Idade
1:			/ /	
2:			/ /	
3:			/ /	
4:			/ /	

Estudantes adicionais \_\_\_\_\_

- O ou a estudante está sozinho(a) (não mora com um dos pais ou tutores legais)
- O ou a estudante está morando com um dos pais ou tutor(a) legal
- O ou a estudante está em instituição de acolhimento

ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA ATUAL: \_\_\_\_\_

O ou a estudante precisa de transporte para/da escola:  Sim  Não

NÚMERO DE TELEFONE OU NÚMERO DE CONTATO: \_\_\_\_\_ NOME DO CONTATO: \_\_\_\_\_

Nome impresso do(s) pai(s)/tutor(es) legal(ais): \_\_\_\_\_  
(ou jovem sem acompanhamento)

\* Assinatura dos Pais/Tutores legais: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
(ou jovem sem acompanhamento)

- O(s) estudante(s) mencionado(s) acima têm irmãos/filhos mais jovens (ainda não em idade escolar) que precisam de avaliação de desenvolvimento, apoio comunitário ou encaminhamento para serviços para a primeira infância.

**Por favor, devolva o formulário completo à sua escola. A escola enviará este formulário para o contato do distrito de pessoas sem moradia.**

**(só para o contato do distrito de pessoas sem moradia) For District Homeless Liaison Only: For data collection purposes and student information system coding**

- (N) Not Homeless
- (A) Shelters
- (B) Doubled-Up
- (C) Unsheltered
- (D) Hotels/Motels
- (E) Unaccompanied Youth

**McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435**  
**SEC. 725. DEFINITIONS.**

Para os propósitos deste título:

(1) Os termos "matrícula" e "matrícula" incluem assistir às aulas e participar plenamente das atividades escolares..

(2) O termo 'crianças e jovens sem-moradia' —

(A) Significa indivíduos que não têm residência estável, regular e adequada à noite (no sentido da seção 103(a)(1)); e

(B) inclui —

(i) Crianças e jovens que estão compartilhando o alojamento de outras pessoas devido à perda de moradia, dificuldades econômicas ou uma razão semelhante; estão morando em motéis, hotéis, parques de trailers ou acampamentos devido à falta de acomodações alternativas adequadas; estão morando em refúgios de emergência ou transitórios; estão abandonados em hospitais;

(ii) Crianças e jovens que tenham uma residência de noite primária que seja um lugar público ou privado que não seja destinado ou normalmente utilizado como alojamento para dormir habitualmente para pessoas (no sentido da seção 103(a)(2)(C));

(iii) Crianças e jovens que vivem em carros, parques, espaços públicos, prédios abandonados, habitações de qualidade inferior, estações de ônibus ou trem, ou ambientes similares; e

(iv) Crianças migratórias (como tal termo é definido na seção 1309 da Lei do Ensino Fundamental e Secundário de 1965) que se qualificam como sem-moradia para os propósitos deste título porque as crianças estão vivendo em circunstâncias descritas nas cláusulas (i) a (iii).

(6) O termo "jovem sem acompanhamento" inclui um jovem que não está sob a custódia física de um dos pais ou tutores.

**Recursos Adicionais**

Informações e recursos dos pais podem ser encontrados a seguir:

[http://center.serve.org/nche/ibt/parent\\_res.php](http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php)

<http://www.schoolhouseconnection.org/>

<https://www.k12.wa.us/student-success/access-opportunity-education/students-experiencing-homelessness/mckinney-vento-act>

For Office Use Only	
Received: _____	Time: _____

Nome da escola: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Informação Estudantil	Sobrenome Jurídico _____	Nome Jurídico _____	Nome Jurídico do meio _____
	Nome preferido _____	Nome anterior (se aplicável) _____	Número de telefone celular do(a) aluno(a) _____
	Gênero: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X Série de entrada: _____ Data de nascimento: _____/_____/_____		
	Este(a) aluno(a) já foi matriculado(a) no Distrito Escolar de Edmonds? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Lista da última escola frequentada: _____		
	O(a) aluno(a) irá SIMULTANEAMENTE frequentar outra escola enquanto estiver matriculado(a) no Distrito Escolar de Edmonds? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se Sim, em que outra escola o(a) aluno(a) será matriculado(a)? _____		

Informação Familiar	<b>INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE O LAR</b>		
	<b>Pai/mãe/tutor(a) 1</b> - Vínculo com o(a) aluno(a): _____		
	Sobrenome Jurídico _____	Nome Jurídico _____	Nome Jurídico do meio _____
	Data de nascimento: _____/_____/_____	E-mail: _____	
	Número de telefone (____) _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho	Número de telefone (____) _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho	
	<b>Pai/mãe/tutor(a) 2</b> - Vínculo com o(a) aluno(a): _____		
	Sobrenome Jurídico _____	Nome Jurídico _____	Nome Jurídico do meio _____
	Data de nascimento: _____/_____/_____	E-mail: _____	
	Número de telefone (____) _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho	Número de telefone (____) _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho	
	<b>Por favor, use _____ como nosso número primário de contato</b> <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Confidencial		
Endereço residencial: _____			
Endereço para correspondência (se for diferente): _____			
<b>INFORMAÇÕES SECUNDÁRIAS SOBRE O LAR (SE APLICÁVEL)</b>			
<b>Pai/mãe/tutor(a) 1</b> - Vínculo com o(a) aluno(a): _____			
Sobrenome Jurídico _____	Nome Jurídico _____	Nome Jurídico do meio _____	
Data de nascimento: _____/_____/_____	E-mail: _____		
Número de telefone (____) _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho	Número de telefone (____) _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho		
<b>Pai/mãe/tutor(a) 2</b> - Relationship to Student _____			
Sobrenome Jurídico _____	Nome Jurídico _____	Nome Jurídico do meio _____	
Data de nascimento: _____/_____/_____	E-mail: _____		
Número de telefone (____) _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho	Número de telefone (____) _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho		
<b>Por favor, use _____ como nosso número primário de contato</b> <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Confidencial			
Endereço residencial: _____			
Endereço para correspondência (se for diferente): _____			

**Informação Familiar**

Algum dos pais ou tutores listados acima foi empregado ou está empregado no Distrito Escolar de Edmonds?  Sim  Não  
 Se for sim, com qual nome? \_\_\_\_\_  
 Algum dos pais ou tutores listados acima foi aluno(a) do Distrito Escolar de Edmonds?  Sim  Não  
 Se for sim, qual dos pais ou tutores e com qual nome? \_\_\_\_\_

**Informações sobre os cuidados infantis: Somente Pré-K até a 0<sup>a</sup>-série**

O seu/sua aluno(a) frequenta o serviço de cuidado infantil?  Sim  Não *Se for Sim, favor fornecer as seguintes informações.*  
 O lugar de cuidado infantil deve ser listado como um contato de emergência?  Sim  Não

Nome do provedor de cuidado infantil	Endereço do provedor	Telefone
Nome do provedor de cuidado infantil	Endereço do provedor	Telefone

**Informações de contato de emergência**

Em caso de urgência com seu/sua aluno(a), ou se ele(a) ficar doente ou ferido(a) e não for possível chegar primeiro a um dos pais ou tutores. Por favor, indique as pessoas, além de você mesmo(a), que tenham concordado em cuidar e fornecer transporte para seu/sua aluno(a).

**Contato 1:**

Sobrenome	Nome	Vínculo com o(a) aluno(a)
Número de telefone (____)_____	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho	Número de telefone (____)_____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho

**Contato 2:**

Sobrenome	Nome	Vínculo com o(a) aluno(a)
Número de telefone (____)_____	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho	Número de telefone (____)_____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho

**Contato 3:**

Sobrenome	Nome	Vínculo com o(a) aluno(a)
Número de telefone (____)_____	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho	Número de telefone (____)_____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho

**Histórico Estudantil**

**Faça uma lista de TODAS as escolas que o(a) aluno(a) frequentou, começando pela escola mais recente.**  
**Has your student ever attended public school in Washington State?**  Sim  Não

<b>Escola mais atual</b>	Séries frequentadas	Data de saída
Cidade	Estado ou País	Número de telefone
		Número de fax
<b>Escola</b>	Séries frequentadas	Data de saída
Cidade	Estado ou País	Número de telefone
		Número de fax
<b>Escola</b>	Séries frequentadas	Data de saída
Cidade	Estado ou País	Número de telefone
		Número de fax

Seu/sua filho(a) já ficou retido(a)?  Sim  Não Se sim, em que série(s) \_\_\_\_\_  
 Seu/sua filho(a) já foi avançado(a)?  Sim  Não Se sim, em que série(s) \_\_\_\_\_

**SEU/SUA ALUNO(A) JÁ FOI QUALIFICADO(A) OU JÁ FOI MATRICULADO(A) EM**Um programa de educação especial\*?  Sim  Não Tipo de programa(s) de educação especial(s): \_\_\_\_\_

\*Se for sim, apresente uma cópia do IEP para a escola. \*\*IEP: Independent Educational Plan (Plano educacional independente)

 EL/ML  Educação Especial (IEP)  Plano 504  Programa Altamente Capacitado(a)/dotado(a)  Início da Operação  
 Escola Alternativa/Programa  Título III (NA/AN Apoio)  Título VI Educação Indígena  Outros: \_\_\_\_\_

\*\* ESL: English Language Learner (aluno(a) de inglês)

**FAÇA UMA LISTA DE TODOS OS IRMÃOS QUE FREQUENTAM O DISTRITO ESCOLAR DE EDMONDS**

Nome	Série	Escola	Nome	Série	Escola

**DE ACORDO COM A LEI DO ESTADO DE WASHINGTON (RCW 28A.255.330), POR FAVOR, RESPONDA AS SEGUINTE PERGUNTAS:**Seu/sua aluno(a) tem algum histórico de comportamento violento?  Sim  Não Se sim, por favor, explique: \_\_\_\_\_Seu/sua aluno(a) tem alguma suspensão ou expulsão passada, atual ou pendente de uma escola atual ou anterior?  Sim  Não

Se for sim, por favor, explique. \_\_\_\_\_

Seu/sua aluno(a) já se retirou oficialmente de sua escola atual ou anterior?  Sim  Não Data: \_\_\_\_\_Seu/sua aluno(a) está atualmente em processo de petição BECCA/Truancy?  Sim  Não Se for sim, em qual distrito? \_\_\_\_\_Seu/sua aluno(a) deve alguma multa ou taxas em sua escola anterior?  Sim  Não \*\*BECCA: lei de assistência**Você tem acesso à Internet?**  Sim  Não**Seu/sua aluno(a) está em espera/atualmente em acolhimento familiar (Foster Care)?**  Sim  Não**Você está atualmente passando por instabilidade residencial ou está em situação de transição?**  Sim  Não

A instabilidade residencial pode ser definida como viver com outra pessoa/família devido à perda de residência ou dificuldades econômicas; viver em um motel/hotel ou em um refúgio de emergência ou de transição, ou em um local não designado ou normalmente utilizado como um alojamento para dormir regularmente. Se você puder responder sim a qualquer uma destas perguntas, seu/sua filho(a) pode ser qualificado(a) para os serviços de acordo com a Lei McKinney-Vento. Por favor, pergunte a sua escola sobre a inscrição para os serviços.

**Existe um PLANO DE GESTÃO DE PAIS ou PEDIDO DE TRIBUNAL em vigor que restringe/corriga algum direito dos pais?**  Sim  Não*Se for sim, por favor, forneça uma cópia.***Existe um PEDIDO DE RESTRILAÇÃO em vigor?**  Sim  Não *Se for sim, por favor, forneça uma cópia.*

Por favor, faça uma lista e forneça cópias de qualquer outro documento legal que seja pertinente a seu/sua aluno(a) e à sua proteção. \_\_\_\_\_

Por favor, forneça comentários adicionais para ajudar a cuidar de seu/sua aluno(a). \_\_\_\_\_

Os distritos escolares no Estado de Washington devem obter informações das famílias a respeito do estado militar em serviço ativo. Estas informações são utilizadas para afastar as barreiras ao sucesso educacional impostas às crianças de famílias militares por causa das transferências frequentes e da colocação de seus pais. Por favor, indique abaixo se você está em serviço ativo nas Forças Armadas dos Estados Unidos, Guarda Nacional ou Reservas.

Atualmente no serviço ativo das Forças Armadas dos Estados Unidos, Guarda Nacional ou Reservas  Sim  Não*Se for sim, por favor, indique abaixo:*

- Forças Armadas ativas das Forças Armadas dos Estados Unidos  Membro da Guarda Nacional  
 Mais de um membro das Forças Armadas/ Guarda Nacional  
 Reservas das Forças Armadas dos Estados Unidos  **Nenhuma afiliação**

O(s) avô(s) ou pai(s) tem uma afiliação tribal indígena americana?  Sim  Não

# CATEGORIAS DE RAÇA E ETNIA DO ESTADO DE WASHINGTON

## Por favor, preenche a Parte I e a parte II

**Atenção:** estas categorias de raça e etnia são fornecidas pelo Estado de Washington, e o Distrito Escolar de Edmonds é obrigatório coletar estas informações para cada aluno(a) de acordo com as leis estaduais e federais aplicáveis. Se você não se identificar, será contatado(a) pela escola que precisa coletar estas informações para cada aluno(a) de acordo com as leis estaduais e federais aplicáveis.

Parte I

### Hispanico ou latino

seu aluno é de origem hispânica ou latina?  Sim  Não (Se for "sim", verifique tudo o que se aplica)

- Argentino(a)     Chileno(a)     Cubano(a)     Guianês(a)     Mestiço(a)     Paraguaio(a)     Espanhol(a)  
 Boliviano(a)     Colombiano(a)     Dominicano(a)     Hondurenho(a)     Nativo(a)     Peruano(a)     Surinamês(a)  
 Brasileiro(a)     Costa-riquenho(a)     Equatoriano(a)     Jamaicano(a)     Nicaraguense     Porto-riquenho     Uruguaio(a)  
 Chicano(a) (Mexicano(a)-americano(a))     Guatemalteco(a)     Mexicano(a)     Panamenho(a)     Salvadorenho(a)     Venezuelano(a)  
 Hispanico ou Latino    Preencher: \_\_\_\_\_

**Qual(is) raça(s) você considera seu/sua aluno(a)s?** Você pode verificar as categorias e preencher (marque tudo o que for aplicável)

### Nativo indígena americano ou nativo do Alasca

Se você selecionar qualquer um destes, por favor, preenche também este formulário: Apoio para: **Formulário para estudantes nativos americanos (Programa Título VI)**

- Nativo indígena americano/nativo do Alasca  
 Preenche que tipo de Nativo Americano: \_\_\_\_\_     Preenche que tipo de Nativo do Alasca: \_\_\_\_\_

### Tribos do Estado de Washington:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chinook Tribe   | <input type="checkbox"/> Quileute Tribe of the Quileute Reservation                           |
| <input type="checkbox"/> Confederated Tribes and Bands of the Yakama Nation    | <input type="checkbox"/> Quinault Indian Nation   |
| <input type="checkbox"/> Confederated Tribes of the Chehalis Reservation       | <input type="checkbox"/> Samish Indian Nation   |
| <input type="checkbox"/> Confederated Tribes of the Colville Reservation       | <input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle Indian Tribe of Washington                             |
| <input type="checkbox"/> Cowlitz Indian Tribe                                  | <input type="checkbox"/> Shoalwater Bay Indian Tribe of the Shoalwater Bay Indian Reservation |
| <input type="checkbox"/> Duwamish Tribe  | <input type="checkbox"/> Skokomish Indian Tribe   |
| <input type="checkbox"/> Hoh Indian Tribe                                      | <input type="checkbox"/> Snohomish Tribe  |
| <input type="checkbox"/> Jamestown S'Klallam Tribe                             | <input type="checkbox"/> Snoqualmie Indian Tribe  |
| <input type="checkbox"/> Kalispel Indian Community of the Kalispel Reservation | <input type="checkbox"/> Snoqualmoo Tribe   |
| <input type="checkbox"/> Kikiallus Indian Nation                               | <input type="checkbox"/> Spokane Tribe of the Spokane Reservation                             |
| <input type="checkbox"/> Lower Elwha Tribal Community                          | <input type="checkbox"/> Squaxin Island Tribe of the Squaxin Island Reservation               |
| <input type="checkbox"/> Lummi Tribe of the Lummi Reservation                  | <input type="checkbox"/> Steilacoom Tribe   |
| <input type="checkbox"/> Makah Indian Tribe of the Makah Indian Reservation    | <input type="checkbox"/> Stillaguamish Tribe of Indians of Washington                         |
| <input type="checkbox"/> Marietta Band of the Nooksack Tribe                   | <input type="checkbox"/> Suquamish Indian Tribe of the Port Madison Reservation               |
| <input type="checkbox"/> Muckleshoot Indian Tribe                              | <input type="checkbox"/> Swinomish Indian Tribal Community                                    |
| <input type="checkbox"/> Nisqually Indian Tribe                                | <input type="checkbox"/> Tulalip Tribes of Washington   |
| <input type="checkbox"/> Nooksack Indian Tribe                                 | <input type="checkbox"/> Skagit superior  |
| <input type="checkbox"/> Port Gamble S'Klallam Tribe                           |   |
| <input type="checkbox"/> Puyallup Tribe of the Puyallup Reservation            |   |

### Asiático(a)

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asiático(a)                           | <input type="checkbox"/> Malaio(a)    |
| <input type="checkbox"/> Índio asiático(a)                     | <input type="checkbox"/> Mien(a)      |
| <input type="checkbox"/> Bangladeche                           | <input type="checkbox"/> Mongol       |
| <input type="checkbox"/> Butanês(a)                            | <input type="checkbox"/> Nepalês(a)   |
| <input type="checkbox"/> Birmanês(a)/Myanmar                   | <input type="checkbox"/> Okinawan     |
| <input type="checkbox"/> Cambodjano(a)/Khmer                   | <input type="checkbox"/> Paquistão(a) |
| <input type="checkbox"/> Cham(a)                               | <input type="checkbox"/> Punjabi      |
| <input type="checkbox"/> chinês(a)                             | <input type="checkbox"/> Cingapura    |
| <input type="checkbox"/> Filipino(a)                           | <input type="checkbox"/> Sri Lanka    |
| <input type="checkbox"/> Hmong(a)                              | <input type="checkbox"/> Taiwanês(a)  |
| <input type="checkbox"/> Indonésio(a)                          | <input type="checkbox"/> Tailandês(a) |
| <input type="checkbox"/> Japonês(a)                            | <input type="checkbox"/> Tibetano(a)  |
| <input type="checkbox"/> Coreano(a)                            | <input type="checkbox"/> Vietnamita   |
| <input type="checkbox"/> Lao                                   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Preenche que tipo de asiaticon: _____ |                                       |

### Nativo do Havai ou de outras ilhas do Pacífico

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Nativo do Havai/de outras ilhas do Pacífico                     |
| <input type="checkbox"/> Carolinian <input type="checkbox"/> Palauan                     |
| <input type="checkbox"/> Chamorro <input type="checkbox"/> Papuan                        |
| <input type="checkbox"/> Chuukese <input type="checkbox"/> Pohnpeian                     |
| <input type="checkbox"/> Fijian <input type="checkbox"/> Samoan                          |
| <input type="checkbox"/> I-Kiribati/Gilbertese <input type="checkbox"/> Solomon Islander |
| <input type="checkbox"/> Kosraean <input type="checkbox"/> Tahitian                      |
| <input type="checkbox"/> Maori <input type="checkbox"/> Tokelauan                        |
| <input type="checkbox"/> Marshallese <input type="checkbox"/> Tongan                     |
| <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Tuvaluan               |
| <input type="checkbox"/> Ni-Vanuatu <input type="checkbox"/> Yapese                      |
| <input type="checkbox"/> Preenche que tipo de nativo das ilhas do Pacífico: _____        |

Parte II

**Parte II (Cotinuação)** Você pode marcar as categorias e preenche (marque todas as que for aplicáveis)

**Qual(is) raça(s) você considera seu aluno(a)(s)?**

**De origem negra ou afro-americana**

- Negro/ Afro-Ameri-  
cano
- Afroamericano
- Africano Canadense

**Caribenho(a)**

- Antiguano(a)
- Bahamiano(a)
- Barbadiano(a)
- Barthélemois/Bar-  
thélemoises  
(Saint Barthélemy)
- Das Ilhas Virgens  
Britânicas
- Caymaniano(a)  
(Ilha Cayman)
- Cuba
- Dominicana
- Dominicano(a)  
(República Dominicana)
- Antilano(a) holandês(a)  
(Antilhas Holandesas)
- Grenadiano(a)
- Guadeloupiano(a)
- Haitiano(a)
- Jamaicano(a)
- Martiniquais(a)/  
Martiniquaise
- Montserratiano(a)
- Guadeloupiano
- Haitiano
- Preenche que tipo  
de caribenho(a):  
\_\_\_\_\_

**Centro-africano(a)**

- Angolano(a)
- Camaronês(a)
- Centro africano(a)  
(República Centro-Af-  
ricana)
- Chadiano(a)
- Congolês(a)  
(República do Congo)
- Congolês(a)  
(República Democráti-  
ca do Congo)
- Guineense(a) Equa-  
torial
- Gabonês(a)
- Do São Tomé e  
Príncipe
- Príncipe
- Preenche que  
tipo de Centro-afri-  
cano(a): \_\_\_\_\_

**Sul-africano(a)**

- De Botsuana
- Mosotho (Lesoto)
- Nambiano(a)
- Sul-africano(a)
- De Suazilândia
- Preenche que  
tipo de Sul-afri-  
cano(a): \_\_\_\_\_

**Leste africano(a)**

- Burundiano(a)
- Comorano(a)
- Djibutiano(a)
- Eritreano
- Etíope
- Queniano(a)
- Malgaxe (Madagas-  
car)
- Malauiano(a)
- Mauritanio(a)  
(Maurício)
- Mahorano(a) (May-  
otte)
- Moçambicano(a)
- Reunionês(a)
- Ruandês(a)
- seychellois/Seychel-  
loise
- Somali
- Do Sul do Sudão
- Sudanês(a)
- Ugandês(a)
- Tanzaniano(a)  
(República Unida da  
Tanzânia)
- Zambiano(a)
- Zimbábuenho(a)
- Preenche que  
tipo de Leste-afri-  
cano(a): \_\_\_\_\_

**Latino(a)-americano(a)**

- Argentino(a)
- Belizeano(a)
- Boliviano(a)
- Brasileiro(a)
- Chileno(a)
- Colombiano(a)
- Costa-riquenho(a)
- Equatoriano(a)
- El Salvadorenho(a)
- Das Ilhas Malvinas
- Guianês(a)  
francês(a)
- Guianês(a)
- Gondurano(a)
- Mexicano(a)
- Nicaraguense
- Panamenho(a)
- Paraguai(a)
- Peruano(a)
- Das Ilhas Geórgia do  
Sul e Sandwich do Sul
- Surinamês(a)
- Uruguaio(a)
- Venezuelano(a)
- Preenche que tipo de  
Latino(a)-americano(a)  
\_\_\_\_\_

**Oeste-africano(a)**

- Beninês(a)
- Bissau-Guineense
- Burkinabé (Burkina  
Faso)
- Caboverdiano(a)
- Marfinense (Costa  
do Marfim)
- Gambiano(a)
- Ganense
- Liberiano(a)
- Maliense
- Mauritano(a)
- Nigerieno(a)  
(Níger)
- Nigeriano (Nigéria)
- De Santa Helen-  
iana
- senegalês(a)
- De Serra Leoa
- Togolês(a)
- Preenche que ti  
popo de Oeste-afri-  
cano(a): \_\_\_\_\_

**Branco(a)**

- Branco(a)

**Europeu do Leste**

- Bósnio(a)
- Herzegoviniano(a)
- Polonês(a)
- Romeno(a)
- Russo(a)
- Ucraniano(a)
- Preenche que tipo de  
Europeu do Leste:  
\_\_\_\_\_
- Preenche que tipo de branco(a): \_\_\_\_\_

**Do Oriente Médio e Norte da África**

- Argelino(a)
- De Amazigh ou Berber
- Árabe ou Árábico(a)
- Assírio(a)
- Bahrein
- Beduíno(a)
- Caldeu
- Preenche que tipo de pessoa do Oriente  
Médio: \_\_\_\_\_
- Copt
- Druze
- egípcio(a)
- Emirati
- Iraniano(a)
- Iraque
- Israelense
- Jordaniano(a)
- Kurdish Kuwaiti
- Libanês(a)
- Líbia
- Marroquino(a)
- Omani
- Palestino(a)
- Preenche que tipo de pessoa do Norte da  
África: \_\_\_\_\_
- De Qatar
- De Arábia Saudita
- Sírio(a)
- Tunisino(a)
- Iêmen



**Departamento do Superintendente de Instrução Pública (OSPI)**  
**Inquérito de Linguagem Doméstica**

O Inquérito de Linguagem Doméstica é distribuído a todos os estudantes matriculados em escolas de Washington.

<b>Nome do Aluno:</b> _____	<b>Ano:</b> _____	<b>Data:</b> _____
Nome do Pai/Guardião _____ Assinatura do Pai/Guardião _____		
<p><b>Direito a Serviços de Tradução e Interpretação</b> - Todos os pais têm o direito a informações sobre a educação de seus filhos em uma língua que compreendam. Quando seu/sua filho(a) se matricular na escola, a escola lhe perguntará sobre o idioma que você gostaria de usar para se comunicar com a escola. Deste jeito, sua escola pode identificar suas necessidades em relação ao idioma para que eles consigam fornecer um intérprete ou documentos traduzidos, de maneira gratuita.</p>	<p>Todos os pais têm o direito a receber informação sobre a educação de seus filhos em um idioma que entendam.</p> <p>1. Em qual(ais) idioma(s) sua família gostaria de receber comunicação por escrito da escola?  <small>(Skyward Fields-Student Language &amp; Family Home Language)</small></p> <p>_____</p> <p>a. Você precisa de um intérprete para as reuniões e chamadas telefônicas (incluindo linguagem de sinais)?          Sim ____ Idioma _____ Não ____.</p> <p>b. Você precisa de documentos traduzidos? Sim ____ Não ____.</p>	
<p><b>Elegibilidade para Apoio no Desenvolvimento Linguístico</b>          Informação sobre o idioma do aluno nos ajuda a identificar alunos elegíveis para apoio no desenvolvimento das capacidades linguísticas necessárias para ter sucesso na escola. Podem ser necessários testes para determinar se os apoios linguísticos são necessários.</p>	<p>2. Qual(ais) idioma(s) seu(sua) filho(a) falou ou entendeu primeiro?  <small>(Skyward Field – Native)</small></p> <p>_____</p> <p>3. Que idioma sua criança usa majoritariamente em casa?  <small>(Skyward Field – Home)</small></p> <p>_____</p> <p><b>Note to Office: Do not change Native or Home Language after initial enrollment, unless correcting English to a language other than English. Never change Native or Home Language from another language to English unless instructed to do so by the ML Department.</b></p>	
<p><b>Educação Prévia</b>          Suas respostas sobre o país de nascimento e educação anterior de sua criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nos dão informação sobre o conhecimento e as capacidades que sua criança está trazendo para a escola.</li> <li>● Podem permitir que o agrupamento escolar receba fundos federais adicionais para providenciar apoio para sua criança.</li> </ul> <p><i>Este formulário não é utilizado para identificar o estatuto de imigração dos alunos.</i></p>	<p>4. Em que país nasceu sua criança? _____</p> <p>5. Sua criança alguma vez recebeu educação formal fora dos Estados Unidos? <small>(Jardim de Infância – 12º ano)</small> ____ Sim ____ Não</p> <p>Se sim: Número de meses: _____          Idioma de instrução: _____</p> <p>6. Quando entrou sua criança pela primeira vez em uma escola nos Estados Unidos? <small>(Jardim de Infância – 12º ano)</small></p> <p>_____</p> <p>Mês      Dia      Ano</p> <p>7. Informação sobre migração: A criança ou o pai/ a mãe/ o tutor/a tutora tem se mudado para um emprego de temporada ou temporário em trabalhos agrícolas ou de pesca? Sim ____ Não ____</p>	

Entre em contato com sua escola se você tiver mais perguntas sobre este formulário ou sobre os serviços disponíveis na escola de seu/sua filho.

<b>Assinatura</b>	<p>Eu certifico que as informações fornecidas nestes documentos são verdadeiras e corretas. Entendo que fornecer informações falsas pode ser motivo para uma revogação de matrícula no Distrito Escolar de Edmonds.</p> <p>Assinatura do pai/da mãe/ do(a) tutor(a): _____ Data: _____</p>
-------------------	--

**Para pais/tutores:****Definições:**

Indígena significa um indivíduo que é (1) Um afiliado no caso de uma Tribo ou Banda Indígena, conforme definido pela Tribo ou Banda Indígena, incluindo qualquer Tribo ou Banda extinta desde 1940, e qualquer Tribo ou Banda reconhecida pelo Estado em que a Tribo ou Banda reside; (2) Um descendente de um dos pais ou avós que cumpre os requisitos descritos no parágrafo (1) desta definição; (3) Considerado pela Departamento do Interior que for um indígena por qualquer razão; (4) Um esquimó, Aleut ou outro nativo do Alasca; ou (5) Um membro de um grupo indígena organizado que tenha recebido um subsídio sob a Lei de Educação Indígena de 1988, como estava em efeito em 19 de outubro de 1994.

Escreva o nome da criança, a data de nascimento, o nível da série, o nome da escola e o distrito escolar. Somente nomeie uma criança por formulário.

**Student Information:**

Escreva o nome da criança, a data de nascimento, o nível da série, o nome da escola e o distrito escolar. Somente nomeie uma criança por formulário.

**Afiliação Tribal:**

Escreva o nome se o indivíduo com a filiação tribal não for a criança indicada na lista. Apenas um nome é necessário para esta seção, mesmo se várias pessoas tiverem filiação tribal. Selecione apenas uma pessoa de caráter identificador: os pais ou avós da criança, para os quais você pode apresentar informações sobre a filiação.

Escreva o nome e endereço da organização que mantém os dados atualizados e precisos da filiação de tal Tribo ou Banda Indígena. O nome não precisa ser o nome oficial como aparece exatamente na lista de Tribos reconhecidas pelo Departamento do Interior, mas o nome deve ser reconhecível e ter detalhes suficientes para permitir a verificação da elegibilidade da Tribo. Marque apenas uma caixa indicada se é uma Tribo Reconhecida Federalmente, uma Tribo Reconhecida pelo Estado, uma Tribo Extinta ou um Grupo Indígena Organizado. Escreva o número de inscrição estabelecendo a filiação da criança, dos pais ou do avô, se estiver prontamente disponível, ou outras evidências de filiação.

**Attestation Statement:** Forneça o nome impresso do pai/da mãe/tutor(a) e assinatura, endereço, número de telefone e e-mail do pai/mãe ou tutor(a) da criança. A assinatura do pai/mãe/tutor(a) da criança verifica a autenticidade das informações fornecidas.

**Declaração de carga burocrática:** De acordo com a Lei de Reduções de Papelada de 1995, nenhuma pessoa é obrigada a responder a uma coleta de informações, a menos que tal coleta exiba um número de controle OMB válido. O número de controle OMB válido para esta coleta de informações é 1810-0021. O tempo necessário para completar esta parte da coleta de informações para cada tipo de respondente é estimado para a média: 15 minutos por formulário de certificação de estudante indígena (ED 506); incluindo o tempo para rever instruções, pesquisar recursos de dados existentes, reunir os dados necessários e completar e rever a coleta de informações. Se você tiver algum comentário sobre a precisão da(s) estimativa(ões) de tempo ou sugestões para melhorar este formulário, favor escrever para o Departamento de Educação dos EUA, Washington D.C. 20202-4651. Se você tiver comentários ou dúvidas a respeito do status de seu envio individual deste formulário, escreva diretamente para: Escritório de Educação da Indígena, Departamento de Educação dos EUA, 400 Maryland Avenue, SW., LBJ/Room 3W238, Washington D.C. 20202-6335.

Sim, eu tenho afiliação Tribal ou Banda (continue a preencher o formulário 506)

Não, eu não tenho afiliação Tribal ou Banda (PARE, não continue)

\*\*\*District Staff - Please send completed forms to Multilingual Department - Elliottk818@edmonds.wednet.edu

**ED506 Form**  
**Indian Student Eligibility Certification Form for**  
**Title VI Indian Education Formula Grant Program**

**Parent/Guardian:** This form serves as the official record of the eligibility determination for each individual child included in the student count for the Title VI Indian Education Formula Grant Program. If you choose to submit a form, your child could be counted for funding under the program. The grantee receives the grant funds based on the number of eligible forms counted during the established count period. You are not required to complete or submit this form unless you wish for your child(ren) to be included in the Indian student count. This form should be kept on file with the grant applicant and will not need to be completed every year. Where applicable, the information contained in this form may be released with your prior written consent or the prior written consent of an eligible student (aged 18 or over), or if otherwise authorized by law, if doing so would be permissible under the Family Educational Rights and Privacy Act, 20 U.S.C. §1232g, and any applicable state or local confidentiality requirements.

**Student Information**

Name of the Child: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Grade level: \_\_\_\_\_

Name of School: \_\_\_\_\_ School District: \_\_\_\_\_

**Tribal Membership**

The individual with Tribal membership is the (**Required** select only one):  child  child's parent  child's grandparent

If the individual with Tribal membership is not the child listed above, name the individual (parent/grandparent) with tribal membership: \_\_\_\_\_

Name **and** address of Tribe or Band that maintains updated and accurate membership data for the individual listed above:

Name: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

The Tribe or Band is (**Required** select only one):

- Federally Recognized Tribe
- State Recognized Tribe
- Terminated Tribe
- Alaska Native
- Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994.

Proof of membership in Tribe or Band listed above, as defined by Tribe or Band is: **Required**

- Membership or enrollment number establishing membership (if readily available) or
- Other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach)

Membership or enrollment number establishing membership (readily available) or other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach). \_\_\_\_\_

**Attestation Statement**

I verify that the information provided above is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Printed Name of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*Opcional*

## Formulário de Interesse do Programa em Dois Idiomas

---

O programa em dois idiomas está aceitando inscrições para alunos do jardim de infância para o ano letivo de 2023 - 2024. O programa dois idiomas é oferecido em: Cedar valley Community School, College Place Elementary, Mountlake Terrace Elementary e Spruce Elementary. Você pode encontrar mais informações em nosso website:

Se você estiver interessado em matricular seu aluno do jardim de infância no Programa em dois idiomas, seleciona a caixa abaixo. Por favor observe que seu filho deve completar 5 anos de idade antes de 1 de Setembro

**Sim, estou interessado em matricular meu filho no Programa de Língua Dupla**

Liste a escola do seu bairro: \_\_\_\_\_

*Observe que o transporte não é fornecido se você não mora dentro dos limites de uma das escolas que possuem o Programa em dois idiomas.*

Por favor, escolha abaixo sua escola preferida para os dois idiomas. Se sua escola local não possui o programa e você está aberto a qualquer escola listada, classifique-a na ordem de preferência, sendo que a primeira linha é sua primeira opção. Suas opções de escola são: Cedar Valley Community School, College Place Elementary, Mountlake Terrace Elementary e Spruce Elementary.

Primeira Opção: \_\_\_\_\_

Segunda Opção: \_\_\_\_\_

Terceira Opção: \_\_\_\_\_

Por favor, liste o idioma que seu filho fala atualmente: \_\_\_\_\_

Se o seu filho fala outro idioma, liste os idiomas que o seu filho fala:

\_\_\_\_\_

Nome do Estudante: \_\_\_\_\_

Data de Aniversário do Estudante: \_\_\_\_\_

Primeiro Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

Número de Telefone do Responsável: \_\_\_\_\_

Email do Responsável: \_\_\_\_\_

Você tem outro filho que atualmente participa do programa?

Sim

Não

Se sim, qual o seu nome? \_\_\_\_\_

**\*O programa de dois idiomas é um programa bilíngue em Inglês/Espanhol, onde os alunos recebem cursos acadêmicos em Inglês e Espanhol. Assim, o programa bilíngue está aberto a todos os alunos.**

---

**FOR OFFICE USE ONLY**

*Please send the completed form to the Multilingual Education Department at ESC.*



**Carta de Inscrição de Saúde do Aluno ou da aluna**

O objetivo deste documento é coletar informações sobre os estudantes que têm necessidades de saúde. Por favor, preenche o formulário "Registro de Saúde do Aluno ou da aluna - HS 534", queira ou não seu aluno ou sua aluna tenha necessidades médicas que possam requerer cuidados diários ou de emergência para manter sua saúde e proteção. Como pais/tutores, é importante estar consciente do que é exigido por lei antes que seu aluno ou sua aluna possa iniciar a escola.

**Condições Crônicas de Saúde**

- Se seu filho ou sua filha tem uma condição de risco de vida que colocará ele ou ela em perigo de morte durante o dia escolar se não houver um medicamento ou tratamento; por favor, notifique a enfermeira da escola.
- Os alunos com condições de risco são requeridos a ter um medicamento e uma ordem de tratamento de um provedor de saúde licenciado e um plano de tratamento escolar implementado antes de começarem a escola.
- Forneça as mudanças necessárias que ocorrem durante o ano letivo, tanto com números de contato como com a condição de saúde de seu aluno ou sua aluna (por RCW 28.A.210.320).

**Administração de Medicamentos**

- O medicamento deve ser enviado na embalagem original se for um medicamento de venda livre.
- Se for um medicamento prescrito, o frasco deve ser devidamente etiquetado e estar na embalagem original.
- Por favor, verifique as datas de vencimento. O pessoal da escola não está autorizado a dar medicamentos vencidos.
- É necessário um formulário de consentimento de medicação para qualquer medicação dada na escola. Assinaturas de um pai/mãe/tutor(a) e do provedor de saúde do aluno ou da aluna são necessárias para que QUALQUER medicamento seja administrado na escola. Isto inclui a prescrição de medicamentos, bem como de medicamentos não sujeitos a prescrição médica.
- Aceitam-se autorizações por fax dos pais e/ou médicos.

A política de medicamentos Edmonds pode ser visualizada no website do Distrito Escolar de Edmonds em Políticas e Procedimentos do Conselho Escolar (School Board Policies and Procedures).

Em caso de dúvidas ou perguntas, por favor entre em contato com a enfermeira da escola.

Atentamente,  
Equipe de Serviços de Saúde (Health Services Team)



Escola: \_\_\_\_\_ Data esperada de início: \_\_\_\_\_

Nome do(a) aluno(a)	Data de nascimento	Gênero	Gênero preferido	Série
Nome do pai/da mãe/ tutor(a)	Número de telefone	E-mail		
Nome do prestador de serviços de saúde	Nome do(a) dentista		Número de telefone	
Número de telefone				

**ALERTA:** A escola deve saber das condições de **AMEAÇA DA VIDA** (tais como alergias graves, asma, diabetes, convulsões, ou outras condições de risco). Isto exige um Plano de Emergência com Ameaça à Vida e qualquer medicação, suprimentos e pedidos de prestadores de serviços necessários para que seu/sua aluno(a) possa frequentar a escola. (por RCW 28A. 210.320).

**HISTÓRICO MÉDICO - Assinatura requerida na página 2**

 Seguro de saúde  Sim  No

<input type="checkbox"/> <b>NENHUMA CONDIÇÃO JÁ CONHECIDA</b> <b>Condições de risco de vida: Plano de cuidado é necessário</b> <b>EG</b> <input type="checkbox"/> Anafilaxias (Epi-pen prescrito) <b>EK</b> <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 <b>NP</b> <input type="checkbox"/> Convulsões (medicação de emergência necessária) <b>RG</b> <input type="checkbox"/> Asma - Severa  <b>Congênita / Genética</b> AH <input type="checkbox"/> Síndrome de Down AJ <input type="checkbox"/> Desordem do espectro alcoólico fetal  <b>Sangue / Hematologia</b> BA <input type="checkbox"/> Anemia BB <input type="checkbox"/> Hemofilia BC <input type="checkbox"/> Traço da doença de células falciformes JO <input type="checkbox"/> Histórico de hemorragias nostálgicas graves  <b>Cardíaco / Coração</b> CC <input type="checkbox"/> Defeito de coração de nascimento CD <input type="checkbox"/> Murmúrio cardíaco  <b>Alergia, imune, endócrina, metabólica e nutricional</b> ED <input type="checkbox"/> Alergia - Alimentos EE <input type="checkbox"/> Alergia - Inseto <input type="checkbox"/> Outras Alergias EL <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2  <b>Gastrointestinal, odontológica e oral</b> GA <input type="checkbox"/> Celíaco GG <input type="checkbox"/> Lista de Intolerância em Alimentos: GL <input type="checkbox"/> Intolerância à lactose GF <input type="checkbox"/> Encorpeis GO <input type="checkbox"/> Constipação Crônica GH <input type="checkbox"/> Refluxo gástrico GJ <input type="checkbox"/> Doença inflamatória intestinal GK <input type="checkbox"/> Síndrome do Colón Irritável <input type="checkbox"/> Condição Dentária / Oral  <b>Musculoskeletal</b> MC <input type="checkbox"/> Reumatoide Juvenil/ Artrite idiopática	<b>Sistema nervoso</b> NB <input type="checkbox"/> ADHD/ADD diagnosticado NC <input type="checkbox"/> Desordem do Espectro do Autismo NE <input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral NF <input type="checkbox"/> Deficiência de Desenvolvimento NH <input type="checkbox"/> Enxaquecas NI <input type="checkbox"/> Dores de cabeça, Recorrentes NP <input type="checkbox"/> Desordem de convulsões <input type="checkbox"/> Atual <input type="checkbox"/> No passado NU <input type="checkbox"/> Traumatismo cranioencefálico  <b>Transplante</b> OD <input type="checkbox"/> Lista de Órgãos:  <b>Saúde Mental ou Comportamental</b> PA <input type="checkbox"/> Ansiedade PC <input type="checkbox"/> Depressão PH <input type="checkbox"/> Distúrbio do Sono  <b>Respiratório / Respiração</b> RG <input type="checkbox"/> Asma - Atual RH <input type="checkbox"/> Asma - Sempre Diagnosticada RA <input type="checkbox"/> Asma - Exercício Induzido RE <input type="checkbox"/> Doença reativa das vias aéreas  <b>Pele</b> SB <input type="checkbox"/> Eczema / Dermatite de contato / Psoríase  <b>Renal / Rins</b> Por favor, faça uma lista: _____  <b>Ouvido / Audição</b> YA <input type="checkbox"/> Infecção Crônica do Ouvido <input type="checkbox"/> Atual <input type="checkbox"/> No passado YB <input type="checkbox"/> Deficiente Auditivo - Aparelho(s) Auditivo(s) Implante Coclear  <b>Olhos / Visão</b> YF <input type="checkbox"/> Usa óculos /contatos YE <input type="checkbox"/> Défice de visão colorida YD <input type="checkbox"/> Deficiência visual  <b>OUTRAS CONDIÇÕES:</b> _____ _____ _____
---	--

**Medicamentos/tratamentos na escola**  Não  Sim (exige autorização por escrito assinada pelo prestador de serviços de saúde)

 Preencher a documentação necessária para a medicação na escola

 Medicamentos em casa  Não  Sim Favor fazer uma lista:

## ALERGIAS

O que causa reações alérgicas? \_\_\_\_\_

Data da reação alérgica mais recente \_\_\_\_\_

Reação alérgica:

Urticária  Inchaço dos lábios, boca, língua, garganta  Dificuldade em respirar  Náusea, cólicas estomacais, vômitos, diarreia

Esta reação alérgica exigiu cuidados de emergência??  Não  Sim (Por favor, explique) \_\_\_\_\_

Seu aluno teve um teste de alergia concluído?  Não  Sim (Onde e quando?) \_\_\_\_\_

### Medicamentos para alergias:

Nome	Doses	Frequência

## A ASMA

O que causa os sintomas da asma?  Infecção respiratória  Pólen/Moldes  Exercício  Clima /Temperatura  Animais  Fumo  Falta de qualidade do ar  Odores fortes /Perfumes

Data dos diagnósticos: \_\_\_\_\_ Provedor de saúde que diagnosticou o(a) aluno(a): \_\_\_\_\_

### Medicamentos para a asma:

Nome	Doses	Frequência

Seu/sua aluno(a) usa um espaçador/câmara de ar com seu inalador?  Não  Sim

Seu/sua aluno(a) precisou de esteroides orais (ou seja: prednisona)?  Não  Sim (Quando?) \_\_\_\_\_

Seu/sua aluno(a) já esteve no hospital por asma?  Não  Sim (Por favor, explique) \_\_\_\_\_

## DIABETES

Data dos diagnósticos: \_\_\_\_\_ Medicamento  Oral \_\_\_\_\_  Insulina (tipo) \_\_\_\_\_

Equipamento  Recipiente de insulina  Bomba de insulina (tipo) \_\_\_\_\_  CGM (tipo) \_\_\_\_\_

Seu/sua aluno(a) pode verificar seu/sua próprio(a) BG (Glicose no sangue) independentemente?  Não  Sim

Seu/sua aluno(a) pode contar carboidratos de forma independente?  Não  Sim

Seu/sua aluno(a) pode calcular suas próprias doses de insulina independentemente?  Não  Sim

Seu/sua aluno(a) pode calcular suas próprias doses de insulina independentemente?  Não  Sim

## CONVULSÕES

Data da primeira convulsão: \_\_\_\_\_ Data da convulsão mais recente: \_\_\_\_\_

Frequência da atividade de convulsão:  Uma vez  Diário  Semanal  Mensal  Anual

Tipo de convulsões: \_\_\_\_\_

### Medicamentos de convulsão:

Nome	Doses	Frequência

Seu/sua aluno(a) teve uma convulsão que exigiu cuidados/medicação de emergência?  Não  Sim Quando? \_\_\_\_\_

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

Dispositivos médicos	Estoma	Atividade física/mobilidade
OLA <input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo Vagal OLB <input type="checkbox"/> Desfibrilador Cardíaco Interno Automático OLC <input type="checkbox"/> Marca-passo OLD <input type="checkbox"/> Tubo de gastrectomia OLE <input type="checkbox"/> Tubo de jejum ostomia <input type="checkbox"/> Aparelho de apoio <input type="checkbox"/> Prótese - faça uma lista: <input type="checkbox"/> Outros dispositivos médicos:	OKA <input type="checkbox"/> Gastrostomia OKB <input type="checkbox"/> Colostomia OKD <input type="checkbox"/> Traqueostomia OKE <input type="checkbox"/> Urostomia OK <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Outros - faça uma lista:

Assinatura do Pai/ da Mãe/Tutor(a) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Para: Pais de estudantes do distrito escolar de Edmonds  
De: Departamento de Saúde Estudantil

Requisitos para matrícula na escola conforme a lei do estado de Washington (RCW 28A.210.080)

- Um Certificado de Situação de Imunização completo. Isso pode ser um dos seguintes:
  - Um CIS impresso do sistema MyIR do Departamento de Saúde de Washington ou um CIS de outro estado
  - Uma cópia física do formulário CIS com a assinatura de um profissional de saúde
  - Uma cópia física do CIS com registros médicos de imunização acompanhantes de um profissional de saúde verificados e assinados por funcionários da escola

#### **OU**

- Notificação à escola de que uma série de imunização foi iniciada

Isso será concluído de acordo com o cronograma recomendado pelo seu médico. As imunizações estão disponíveis com seu médico particular ou você pode obter vacinas do Centro de Saúde Comunitário do Condado de Snohomish (Community Health Center of Snohomish County): [WWW.chcsno.org](http://WWW.chcsno.org) . O status condicional só será concedido aos alunos se eles tiverem iniciado a série de uma imunização necessária que eles devem receber. Como requisito para frequentar a escola, todas as séries de imunização precisam estar completas ou iniciadas. Um registro médico verificado desse status deve ser apresentado à escola até o primeiro dia de frequência.

#### **OU**

- Preencher um Certificado de Isenção (C.O.E.) além do Certificado de Imunização  
Um médico licenciado precisa assinar o Certificado de Isenção para um pai ou responsável eximir seu filho dos requisitos de imunização escolar. A assinatura verifica que o médico conversou com o pai ou responsável sobre os benefícios e riscos da imunização. O pai ou responsável também pode entregar uma carta assinada de um médico com as mesmas informações. Se houver uma surto na escola de qualquer doença prevenível por vacina para a qual seu estudante estiver isento, seu estudante será excluído da escola durante o surto.

---

Imprimir um Certificado de Imunização do MyIR é a melhor opção para obter os registros de imunização dos estudantes.

Crie uma [MyIR conta \(Washington State Dept. of Health\)](#).



Atualização de requisitos de imunização do Departamento de Saúde (DOH) em junho de 2021:

Todos os estudantes matriculados em uma escola pública devem seguir as regras de imunização, mesmo que participem de um programa de escola alternativa ou distrital. Isso inclui programas de ensino em casa, programas profissionais ou técnicos, Running Start e qualquer programa de escola virtual. Todos os estudantes precisarão ter um Certificado de Status de Imunização (CIS) e/ou Certificado de Isenção (COE) concluído arquivado na escola para participar da instrução e atividades escolares.

# Pais – Os seus filhos estão prontos para a escola?

## Imunizações obrigatórias para o ano escolar de 2023-2024



**Instruções:** para ver quais vacinas são obrigatórias para a escola, procure a série do seu filho na primeira coluna. Siga a linha correspondente na página para verificar a quantidade de vacinas obrigatórias para o seu filho entrar na escola.

	Difteria, tétano, coqueluche	Hepatite B	Haemophilus influenza tipo B	Sarampo, caxumba, rubéola	Pneumocócica conjugada	Poliomielite	Varicela (catapora)
<b>Pré-escola</b> Dos 19 meses a <4 anos de idade até 01/09/2023	DTaP/Tdap	Hepatitis B	Hib	MMR	PCV	Polio	Varicella
	4 doses de DTaP	3 doses	3 ou 4 doses * (dependendo da vacina)	1 dose	4 doses*	3 doses	1 dose**
<b>Pré-escola/Transicional Jardim de infância</b> >4 anos de idade até 01/09/2023	5 doses de DTaP*	3 doses	3 ou 4 doses* (dependendo da vacina) (Não é obrigatória para quem tem 5 anos de idade ou mais)	2 doses	4 doses* (Não é obrigatória para quem tem 5 anos de idade ou mais)	4 doses*	2 doses**
<b>Do jardim de infância à 6ª série</b>	5 doses de DTaP*	3 doses	Não é obrigatória	2 doses	Não é obrigatória	4 doses*	2 doses**
<b>Da 7ª série à 10ª série</b>	5 doses de DTaP* <i>Mais Tdap com idade igual ou superior aos 10 anos</i>	3 doses	Não é obrigatória	2 doses	Não é obrigatória	4 doses*	2 doses**
<b>Da 11ª série à 12ª série</b>	5 doses de DTaP* <i>Mais Tdap com idade igual ou superior aos 7 anos</i>	3 doses	Não é obrigatória	2 doses	Não é obrigatória	4 doses*	2 doses**

\*Podem ser aceitas menos doses de vacina do que a quantidade listada, dependendo de quando foram administradas.

\*\*A verificação do histórico de catapora pelos provedores de assistência médica também é aceitável.

Os alunos devem tomar as doses de vacina nos prazos corretos para estarem em conformidade com os requisitos da escola. Em caso de dúvidas, fale com o seu provedor de assistência médica ou com a equipe escolar.

Encontre informações sobre outras vacinas que não são obrigatórias para as escolas, mas são importantes, em: [www.immunize.org/cdc/schedules](http://www.immunize.org/cdc/schedules).

Para solicitar este documento em outro formato, ligue para 1-800-525-0127.

Os clientes com deficiência auditiva deverão ligar para 711 (Washington Relay) ou enviar um e-mail para [civil.rights@doh.wa.gov](mailto:civil.rights@doh.wa.gov).

DOH 348-295 Dec. 2022 Portuguese (Brazil)



# Certificado do Status de Imunização

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Signed COE on File?  Yes  No

Imprima este formulário. Veja no verso as instruções sobre como preencher este formulário ou imprimi-lo pelo Immunization Information System (Sistema de Informações sobre Imunização) do Estado de Washington.

<b>Sobrenome do filho:</b>	<b>Nome:</b>	<b>Inicial do nome do meio:</b>	<b>Data de nascimento (DD/MM/AAAA):</b>
<p><b>Autorização a escola/creche do meu filho a adicionar informações de imunização no Immunization Information System para ajudar a escola a manter um registro do meu filho.</b></p> <p>Apenas para estado condicional: reconheço que o meu filho está entrando na escola/creche em estado condicional. Para que o meu filho permaneça na escola, devo fornecer a documentação necessária de imunização nos prazos estabelecidos. Consulte o verso para orientações sobre estado condicional.</p>			
<b>X</b>	<b>X</b>		
<b>Assinatura do pai/responsável</b>		<b>Data</b>	
<p>_____ A assinatura do pai/responsável é obrigatória no estado condicional</p>		<p>_____ Data</p>	

Obrigatório para escolas	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA
<b>Vacinas obrigatórias para o ingresso em escolas ou creches</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>DTaP</b> (difteria, tétano, coqueluche)</li> <li>▲ <b>Tdap</b> (tétano, difteria, coqueluche) (a partir da 7ª série)</li> <li>● <b>DT ou Td</b> (tétano e difteria)</li> <li>● <b>Hepatite B</b></li> <li>● <b>Hib</b> (<i>Haemophilus influenzae tipo b</i>)</li> <li>● <b>IPV</b> (Poliomielite) (qualquer combinação de IPV/OPV)</li> <li>● <b>OPV</b> (Poliomielite)</li> <li>● <b>MMR</b> (sarampo, caxumba, rubéola)</li> <li>● <b>PCV/PPSV</b> (pneumocócica)</li> <li>● <b>Varicela</b> (catapora)               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Histórico de doenças verificadas pelo Immunization Information System (IIS, Sistema de Informações sobre Imunização)</li> </ul> </li> </ul>						
<b>Vacinas recomendadas (não são obrigatórias para o ingresso em escolas ou creches)</b>						
COVID-19						
Gripe (Influenza)						
Hepatite A						
HPV (Vírus do Papiloma Humano)						
MCV/MPSV (doença meningocócica tipos A, C, W, Y)						
MenB (doença meningocócica tipo B)						
Rotavírus						

<b>Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)</b>	
<p>If the child named in this CIS has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.</p> <p>I certify that the child named on this CIS has:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A verified history of varicella (chickenpox) disease.</li> <li><input type="checkbox"/> Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> Diphtheria	<input type="checkbox"/> Hepatitis A
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Measles
<input type="checkbox"/> Rubella	<input type="checkbox"/> Tetanus
<input type="checkbox"/> Polio (all 3 serotypes must show immunity)	
▲	
Licensed Health Care Provider Signature	
▲	
Printed Name	

<p>I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.</p>	<p>Signature: _____ Date: _____</p>
<p>Health Care Provider or School Official Name: _____ If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.</p>	

