

Bem-vindos ao Distrito Escolar de Edmonds. Atualmente estamos aceitando novos pacotes de matrícula para o ano letivo de 2024-25. 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.

- o P-160 Questionário de Alojamento para Alunos (McKinney -Vento Act elegibilidade)
- o 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
 - o 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	9/1/2018 até 8/31/2019	7ª série	9/1/2011 até 8/31/2012
1ª série	9/1/2017 até 8/31/2018	8ª série	9/1/2010 até 8/31/2011
2ª série	9/1/2016 até 8/31/2017	9ª série	9/1/2009 até 8/31/2010
3ª série	9/1/2015 até 8/31/2016	10ª série	9/1/2008 até 8/31/2009
4ª série	9/1/2014 até 8/31/2015	11ª série	9/1/2007 até 8/31/2008
5ª série	9/1/2013 até 8/31/2014	12ª série	9/1/2006 até 8/31/2007
6ª série	9/1/2012 até 8/31/2013		

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 alguma dúvida adicional, por favor entre em contato com a escola do seu bairro (<https://esdfinder.site/>).

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, acesse este link <https://eds.ospi.k12.wa.us/ChoicetransferRequest>.**

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): _____

E-mail dos pais/responsáveis _____

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 SchoolChange@edmonds.wednet.edu



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://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

INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE O LAR
Pai/mãe/tutor(a) 1 - 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

Pai/mãe/tutor(a) 2 - 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

Por favor, use _____ como nosso número primário de contato Celular Casa Trabalho Confidencial

Endereço residencial: _____

Endereço para correspondência (se for diferente): _____

INFORMAÇÕES SECUNDÁRIAS SOBRE O LAR (SE APLICÁVEL)
Pai/mãe/tutor(a) 1 - 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

Pai/mãe/tutor(a) 2 - 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

Por favor, use _____ como nosso número primário de contato Celular Casa Trabalho Confidencial

Endereço residencial: _____

Endereço para correspondência (se for diferente): _____

Informação Familiar

Alguns dos pais ou tutores listados acima foi empregado ou está empregado no Distrito Escolar de Edmonds? Sim Não
 Se for sim, com qual nome? _____
 Alguns 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^a-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

Escola mais atual	Séries frequentadas	Data de saída
Cidade	Estado ou País	Número de telefone
		Número de fax
Escola	Séries frequentadas	Data de saída
Cidade	Estado ou País	Número de telefone
		Número de fax
Escola	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) EMUm 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.

- EL/ML Programa de Lenguaje Dual 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: _____

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

Nome	Série	Escola	Nome	Série	Escola
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

Hispânico 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)
 Hispânico 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)

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

Nativo do Havai ou de outras ilhas do Pacífico

- Nativo do Havai/de outras ilhas do Pacífico
 Carolinian Palauan
 Chamorro Papuan
 Chuukese Pohnpeian
 Fijian Samoan
 I-Kiribati/Gilbertese Solomon Islander
 Kosraean Tahitian
 Maori Tokelauan
 Marshallese Tongan
 Native Hawaiian Tuvaluan
 Ni-Vanuatu Yapese
 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)?

Part II (continued)

De origem negra ou afro-americana

- Negro/ Afro-Americano
- Afroamericano
- Africano Canadense

Caribenho(a)

- Antiguano(a)
- Bahamiano(a)
- Barbadiano(a)
- Barthélemois/Barthélemoises (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): _____

Branco(a)

- Branco(a)

Europeu do Leste

- Bósnio(a)
- Herzegoviniano(a)
- Polonês(a)
- Romeno(a)
- Russo(a)
- Ucrâniano(a)
- Preenche que tipo de Europeu do Leste: _____

- Preenche que tipo de branco(a): _____

Centro-africano(a)

- Angolano(a)
- Camaronês(a)
- Centro africano(a) (República Centro-Africana)
- Chadiano(a)
- Congolês(a) (República do Congo)
- Congolês(a) (República Democrática do Congo)
- Guineense(a) Equatorial
- Gabonês(a)
- Do São Tomé e Príncipe
- Príncipe
- Preenche que tipo de Centro-africano(a): _____

Sul-africano(a)

- De Botsuana
- Mosotho (Lesoto)
- Nambiano(a)
- Sul-africano(a)
- De Suazilândia
- Preenche que tipo de Sul-africano(a): _____

Leste africano(a)

- Burundiano(a)
- Comorano(a)
- Djibutiano(a)
- Eritreano
- Etíope
- Queniano(a)
- Malgaxe (Madagascar)
- Malauiano(a)
- Maurítiano(a) (Maurício)
- Mahorano(a) (Mayotte)
- Moçambicano(a)
- Reunionês(a)
- Ruandês(a)
- seychellois/Seychelloise
- Somali
- Do Sul do Sudão
- Sudanês(a)
- Ugandês(a)
- Tanzaniano(a) (República Unida da Tanzânia)
- Zambiano(a)
- Zimbábuenho(a)
- Preenche que tipo de Leste-africano(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

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)
- Guatemalteco(a)
- Guianês(a)
- Gondurano(a)
- Mexicano(a)
- Nicaraguense
- Panamenho(a)
- Paraguaio(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 Heleniana
- senegalês(a)
- De Serra Leoa
- Togolês(a)
- Preenche que tipo de Oeste-africano(a): _____

- 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

Por lei, não é obrigatório que um(a) aluno(a) (ou o pai/mãe/tutor(a) em nome do(a) aluno(a)) identifique sua raça e/ou etnia nos formulários escolares. Porém, se um(a) aluno(a) (ou os pais/tutores em nome do aluno) não preenchem a pergunta de duas partes sobre raça e etnia, por lei, o pessoal escolar deve fazer uso da "identificação do observador" para selecionar a raça e etnia do(a) aluno(a).



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.

Nome do Aluno: _____	Ano: _____	Data: _____
Nome do Pai/Guardião _____ Assinatura do Pai/Guardião _____		
<p>Direito a Serviços de Tradução e Interpretação - 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>1. Em qual(ais) idioma(s) sua família gostaria de receber comunicação por escrito da escola? <small>(Skyward Field: Preferred Languages for Family Communication)</small></p> <p>_____</p> <p>a. Nome do(a) pai/mãe ou responsável Nº 1: _____</p> <p>i. Você precisa de um intérprete para as reuniões e chamadas telefônicas (incluindo linguagem de sinais)? Sim _____ Idioma _____ Não _____.</p> <p>ii. Você precisa de documentos traduzidos? Sim _____ Não _____.</p> <p>b. Nome do(a) pai/mãe ou responsável Nº 2: _____</p> <p>i. Você precisa de um intérprete para as reuniões e chamadas telefônicas (incluindo linguagem de sinais)? Sim _____ Idioma _____ Não _____.</p> <p>ii. Você precisa de documentos traduzidos? Sim _____ Não _____.</p> <p>c. Qual é o idioma primário utilizado em casa? <small>(Skyward Fields - Student Primary Language & Family Home Language)</small></p> <p>_____</p>	
<p>Elegibilidade para Apoio no Desenvolvimento Linguístico 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 Profile Field Native)</small></p> <p>_____</p> <p>3. Que idioma sua criança usa majoritariamente em casa? <small>(Skyward Student Profile-Student Language Spoken At Home)</small></p> <p>_____</p> <p>Note to Office: Do not change Native or Spoken at Home Language after initial enrollment, unless correcting English to a language other than English. Never change Native or Spoken at Home Language from another language to English unless instructed to do so by the ML Department.</p>	
<p>Educação Prévia Suas respostas sobre o país de nascimento e educação anterior de sua criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nos dão informação sobre o conhecimento e as capacidades que sua criança está trazendo para a escola. ● Podem permitir que o agrupamento escolar receba fundos federais adicionais para providenciar apoio para sua criança. <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.

Assinatura	<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 Dual Language

O Programa Dual Language está aceitando inscrições para o ano letivo de 2024-25. O Programa Dual Language é oferecido nas escolas: Cedar Valley Community School, College Place Elementary, Mountlake Terrace Elementary, and Spruce Elementary.

Informações do Programa

O Programa Edmonds School District Dual Language é um programa bilíngue espanhol-inglês onde os alunos desenvolvem habilidades acadêmicas e sociais em ambos idiomas. O programa de dois idiomas promove a diversidade cultural e o respeito entre todos os alunos. O programa começa no Jardim de Infância com 90% do dia em Espanhol e 10% em Inglês. À medida que os alunos avançam nas séries, o Espanhol diminui 10% e o Inglês aumenta 10%, atingindo 50% Espanhol e 50% Inglês a partir da 4 série. O objetivo do programa é que os alunos se tornem bilíngues e alcancem proficiência de nível escolar em todas as disciplinas em ambos idiomas.

Você pode encontrar mais informações em nosso site: [Edmonds School District Dual Language Website](#)

Escolas e séries do programa

Cedar Valley Community School: Jardim de Infância - 3 série

College Place Elementary School: Jardim de Infância - 3 série

Mountlake Terrace Elementary School: Jardim de Infância e 1 série

Spruce Elementary: Jardim de Infância e 1 série

Entrada

Jardim de infância e 1 série: Qualquer aluno, independente da formação e habilidade linguística, pode ingressar no programa de dois idiomas.

2 série e acima: Os alunos que são falantes nativos de Espanhol podem entrar automaticamente. Os alunos que falam um idioma diferente do Espanhol em casa farão um teste de proficiência na língua espanhola de ouvir e falar para garantir que estejam preparados para o sucesso.

Se a sua escola local não for uma escola de dois idiomas, você será colocado em nossa lista de espera e notificado sobre a entrada durante o final do verão. Observe que o transporte não é fornecido se você não mora dentro dos limites de uma das escolas com o programa de dois idiomas.

Sim, estou interessado em matricular meu filho(a) no Programa de Dois Idiomas

FOR OFFICE USE ONLY

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

Opcional

Formulário de interesse do programa Dual Language

Liste a escola do seu bairro: _____

Nome do aluno: _____

Série em que seu aluno estará no ano letivo de 2024-2025: _____

(Observação: Apenas os alunos que ingressam do Jardim de Infância até a terceira série podem se matricular no ano letivo de 2024-2025)

Data de Nascimento do Aluno: _____

Nome do responsável principal: _____

Número de telefone do responsável principal: _____

E-mail do responsável principal: _____

Por favor escolha abaixo sua escola preferida para o programa dois idiomas. Se a sua escola local não tiver o programa e você estiver aberto a qualquer escola listada, classifique na ordem de maior preferência, sendo a primeira seleção a sua primeira escolha.

Primeira escolha: _____

Segunda escolha: _____

Terceira escolha: _____

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

Se seu filho fala outro idioma, liste o(s) idioma(s) que ele fala:

Você tem outro filho atualmente no programa?

Yes

No

Se sim, qual o nome dele(s)? _____

FOR OFFICE USE ONLY

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

Serving Brier, Edmonds, Lynnwood, Mountlake Terrace, Woodway, and portions of Snohomish County

O objetivo de enviarmos esse documento é coletar informações sobre os estudantes que possuem necessidades de saúde. Por favor, preencha o formulário “Registro de Saúde do Estudante - HS 534”, independentemente do aluno possuir ou não necessidades médicas que possam requerer cuidados diários ou de emergência para mantê-los saudáveis e seguros. Como pais/tutores, é importante estar consciente do que é exigido por lei antes que o(a) estudante possa iniciar as aulas.

Condições Crônicas de Saúde

- Se seu filho ou sua filha tem uma condição de risco de vida que o colocará em perigo de morte durante o dia escolar caso não houver um medicamento ou tratamento adequado; por favor, notifique a enfermeira da escola.
- Estudantes com condições de risco devem ter medicação e uma instrução de tratamento de um profissional de saúde licenciado, além de um plano de cuidados escolar estabelecido antes de começarem a frequentar a escola.
- Forneça as mudanças necessárias que ocorram durante o ano letivo, seja referente aos números de contato ou referente à condição de saúde do(a) estudante. (por RCW 28.A.210.320).

Administração de Medicamentos

- O medicamento deve ser enviado na embalagem original se for um medicamento de venda sem receita.
- Se for um medicamento prescrito, o frasco deve estar devidamente rotulado e estar na embalagem original.
- Por favor, verifique as datas de vencimento. Os funcionários da escola não estão autorizados a dar medicamentos vencidos.
- É necessário um formulário de consentimento de medicação para qualquer medicação dada na escola. **Assinaturas de um pai/mãe/tutores E do provedor de saúde do aluno são necessárias para que QUALQUER medicamento seja administrado na escola. Isso inclui medicamentos com prescrição médica, bem como medicamentos sem receita.**
- Aceitamos autorizações via fax dos pais e/ou médicos.

A política de medicamentos da Edmonds pode ser visualizada no website da Edmonds School District 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.

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

Escola: _____

Data esperada de início: _____

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

ALERTA: A escola deve saber das condições de **RISCO DE VIDA** (tais como alergias graves, asma, diabetes, convulsões, ou outras condições de risco). Pois isso exige um Plano de Emergência com Risco à Vida e qualquer medicação, suprimentos e pedidos de prestadores de serviços são necessários antes que o(a) estudante possa frequentar a escola. (por RCW 28A. 210.320).

HISTÓRICO MÉDICO - Assinatura requerida na página 2

 Plano de saúde Sim Não

 NENHUMA CONDIÇÃO JÁ CONHECIDA
Condições de risco de vida: Plano de cuidado é necessário

- EG** **Anafilaxias (Epi-pen prescrito)**
EK **Diabetes Tipo 1**
NP **Convulsões (medicação de emergência necessária)**
RG **Asma - Severa**

Congênita / Genética

- AH** Síndrome de Down
AJ Desordem do espectro alcoólico fetal

Sangue / Hematologia

- BA** Anemia
BB Hemofilia
BC Traço Falciforme
OJ Histórico de hemorragias nasais graves

Cardíaco / Coração

- CC** Defeito de coração de nascimento
CD Sopro cardíaco

Alergia, imune, endócrina, metabólica e nutricional

- ED** Alergia - Alimentos
EE Alergia - Inseto
 Outras Alergias
EL Diabetes Tipo 2

Gastrointestinal, odontológica e oral

- GA** Celíaco
GG Lista de Intolerância em Alimentos: _____
GL Intolerância à lactose
GF Encoprese
GO Constipação Crônica
GH Refluxo gástrico
GJ Doença inflamatória intestinal
GK Síndrome do Intestino Irritável
 Condição Dentária / Oral

Musculoesquelética

- MC** Reumatismo Juvenil/ Artrite idiopática

Sistema nervoso

- NB** ADHD/ADD diagnosticado
NC Transtorno do Espectro do Autismo
NE Paralisia Cerebral
NF Deficiência de Desenvolvimento
NH Enxaquecas
NI Dores de cabeça, Recorrentes
NP Transtorno de convulsões Atualmente No passado
NU Traumatismo craniano

Transplante

- OD** Lista de Órgãos: _____

Saúde Mental ou Comportamental

- PA** Ansiedade
PC Depressão
PH Distúrbio do Sono

Respiratório / Respiração

- RG** Asma - Atualmente
RH Asma - Diagnosticada alguma vez
RA Asma - Exercício Induzido
RE Doença reativa das vias aéreas

Pele

- SB** Eczema / Dermatite de contato / Psoríase

Renal / Kidney

Por favor, faça uma lista: _____

Ouvido / Audição

- YA** Infecção Crônica do Ouvido Atualmente No passado
YB Deficiente Auditivo -
 Aparelho(s) Auditivo(s) Implante Coclear

Olhos / Visão

- YF** Usa óculos / lente contatos
YE Discromatopsia/Daltonismo
YD Deficiência visual

OUTRAS CONDIÇÕES: _____

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) _____

O aluno teve um teste de alergia concluído? Não Sim (Onde e quando?) _____

Medicamentos para alergias:

Nome	Doses	Frequência

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) estudante: _____

Medicamentos para a asma:

Nome	Doses	Frequência

O(A) estudante usa um espaçador/câmara de ar com seu inalador? Não Sim

O(A) estudante precisou de esteroides orais (como prednisona)? Não Sim (Quando?) _____

O(A) estudante 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) _____

Monitor de glicose contínuo (CGM) (tipo) _____

O(A) estudante poder verificar seu/sua próprio(a) BG (Glicose no sangue) independentemente? Não Sim

O(A) estudante pode contar carboidratos de forma independente? Não Sim

O(A) estudante pode calcular suas próprias doses de insulina independentemente? Não Sim

O(A) estudante pode autoadministrar insulina de forma 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

O(A) estudante teve uma convulsão que exigiu cuidados/medicação de emergência? Não Sim Quando? _____

Por favor, explique: _____

Dispositivos médicos	Estômago	Atividade física/mobilidade
<input type="checkbox"/> OLA <input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo Vagal <input type="checkbox"/> OLB <input type="checkbox"/> Desfibrilador Cardíaco Interno Automático <input type="checkbox"/> OLC <input type="checkbox"/> Marca-passo <input type="checkbox"/> OLD <input type="checkbox"/> Tubo de gastrostomia <input type="checkbox"/> OLE <input type="checkbox"/> Tubo de jejunostomia <input type="checkbox"/> Aparelho <input type="checkbox"/> Prótese - faça uma lista: _____ <input type="checkbox"/> Outros dispositivos médicos: _____	<input type="checkbox"/> OKA <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> OKB <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> OKD <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> OKE <input type="checkbox"/> Urostomia <input type="checkbox"/> 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. 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.

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.

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

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

Acesse as informações de imunização da sua família

Opção 1: Inscreva-se no MyIR Mobile em MyIRmobile.com para visualizar e imprimir as informações de imunização de sua família.

Opção 2: Visite sua farmácia, clínica ou escola local

Opção 3: Solicite um registro de imunização completo ao seu médico

Opção 4: Solicitar carteira de vacinação completa à Secretaria de Saúde

Regenerate response

Pais – Os seus filhos estão prontos para a escola?

Imunizações obrigatórias para o ano escolar de 2024-2025



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	<i>Haemophilus influenza</i> tipo B	Sarampo, caxumba, rubéola	Pneumocócica conjugada	Poliomielite	Varicela (catapora)
	DTaP/Tdap	Hepatitis B	Hib	MMR	PCV	Polio	Varicella
Pré-escola Dos 19 meses a <4 anos de idade até 01/09/2024	4 doses de DTaP	3 doses	3 ou 4 doses* (dependendo da vacina)	1 dose	4 doses*	3 doses	1 dose**
Pré-escola/ Transicional Jardim de infância >4 anos de idade até 01/09/2024	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**
Do jardim de infância à 6ª série	5 doses de DTaP*	3 doses	Não é obrigatória	2 doses	Não é obrigatória	4 doses*	2 doses**
Da 7ª série à 11ª série	5 doses de DTaP* <i>Mais</i> Tdap com idade igual ou superior aos 10 anos	3 doses	Não é obrigatória	2 doses	Não é obrigatória	4 doses*	2 doses**
12ª série	5 doses de DTaP* <i>Mais</i> Tdap com idade igual ou superior aos 7 anos	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.

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 doh.information@doh.wa.gov.

DOH 348-295 Dec. 2023 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.

Sobrenome do filho:	Nome:	Inicial do nome do meio:	Data de nascimento (DD/MM/AAAA):
Autorizo 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.		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.	
X _____ Assinatura do pai/responsável		X _____ A assinatura do pai/responsável é obrigatória no estado condicional	
Data		Data	

<input type="checkbox"/> Obrigatório para escolas <input type="checkbox"/> Obrigatório para creche/pré-escola	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA
Vacinas obrigatórias para o ingresso em escolas ou creches						
•▲ DTaP (difteria, tétano, coqueluche)						
▲ Tdap (tétano, difteria, coqueluche) (a partir da 7ª série)						
•▲ DT ou Td (tétano e difteria)						
•▲ Hepatite B						
• Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)						
•▲ IPV (Poliomielite) (qualquer combinação de IPV/OPV)						
•▲ OPV (Poliomielite)						
•▲ MMR (sarampo, caxumba, rubéola)						
• PCV/PPSV (pneumocócica)						
•▲ Varicela (catapora) <input type="checkbox"/> Histórico de doenças verificadas pelo Immunization Information System (IIS, Sistema de Informações sobre Imunização)						
Vacinas recomendadas (não são obrigatórias para o ingresso em escolas ou creches)						
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)						
Rotavirus						

Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)

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.

I certify that the child named on this CIS has:

A verified history of varicella (chickenpox) disease.

Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.

<input type="checkbox"/> Diphtheria	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Measles	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Rubella	<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Varicella

Polio (all 3 serotypes must show immunity)

▶

Licensed Health Care Provider Signature Date

▶

Printed Name

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

Manually completed form must have doctor signature or medically verified immunization documentation attached.

Instruções para preencher o Certificate of Immunization Status (CIS, Certificado do Status de Imunização): Imprima o formulário do Immunization Information System (IIS, Sistema de Informações de Imunização) ou preencha à mão.

Para imprimir com as informações de imunização preenchidas:

Verifique se o seu provedor de assistência médica insere as imunizações no Immunization Information System de Washington (registro estadual de Washington). Em caso afirmativo, peça para que imprimam o CIS do IIS, e as informações de imunização do seu filho serão preenchidas automaticamente. Você também pode imprimir um CIS em casa ao se inscrever e fazer login no MyIR no site <https://wa.myir.net>. Se o seu provedor não utilizar o IIS, envie um e-mail ou ligue para o Department of Health (Departamento de Saúde) para obter uma cópia do CIS do seu filho: waiisrecords@doh.wa.gov ou 1-866-397-0337.

Para preencher o formulário à mão:

1. Imprima o nome e a data de nascimento do seu filho e assine o seu nome no espaço indicado na primeira página.
2. Indique a data de cada dose de vacina recebida nas colunas de datas (por exemplo, DD/MM/AA). Se o seu filho receber uma vacina combinada (uma dose que protege contra várias doenças), use as Orientações de Referência abaixo para registrar cada vacina corretamente. Por exemplo, registre Pediarix para difteria, tétano e coqueluche como DTaP, Hepatite B como Hep B e Poliomielite como IPV.
3. Se o seu filho teve catapora (varicela) e não tomou a vacina, um provedor de assistência médica deve verificar a infecção para atender aos requisitos da escola.
 - Se o seu provedor de assistência médica identificar que o seu filho teve catapora, peça a ele para assinalar a caixa na seção Documentation of Disease Immunity (Documentação de Imunidade da Doença) e assinar o formulário.
 - Se os funcionários da escola acessarem o IIS e verificarem que seu filho já teve catapora, eles assinalarão a caixa relacionada à Varicela na seção de vacinas..
4. Se o seu filho mostrar imunidade positiva por meio de exame de sangue (título), peça ao seu provedor de assistência médica para assinalar as caixas das respectivas doenças na seção Documentation of Disease Immunity, assinar e colocar a data do dia no formulário. Você deve fornecer os relatórios de laboratório com este CIS.
5. Forneça os comprovantes dos registros verificados por um médico, seguindo as diretrizes abaixo.

Registros médicos aceitáveis

Todos os registros de vacinação devem ser verificados por um médico. Exemplos incluem:

- Um formulário impresso do Certificate of Immunization Status (CIS, Comprovante de Status de Imunização) com as datas de vacinação do State Immunization Information System (IIS, Sistema de Informações sobre Imunização) do Estado de Washington, do MyIR ou IIS de outro estado.
- Um CIS impresso preenchido com a assinatura de validação de um provedor de assistência médica.
- Um CIS impresso preenchido com os registros de vacinação anexados, impressos a partir do registro de saúde eletrônico de um provedor de assistência médica, com a assinatura ou o carimbo do provedor de assistência médica. O administrador da escola, enfermeiro ou pessoa designada deve verificar se as datas no CIS foram transcritas com precisão e fornecer uma assinatura no formulário.

Estado condicional

As crianças podem entrar e permanecer na escola ou na creche em estado condicional se estiverem atualizando as vacinas obrigatórias para o ingresso em escolas ou creches. (As doses das séries de vacinas são realizadas com intervalos mínimos, então, algumas crianças podem ter que esperar um período para conseguir terminar a vacinação. Isso significa que elas podem ingressar na escola enquanto aguardam a próxima dose necessária da vacina). Para ingressar na escola ou creche em estado condicional, uma criança deve ter tomado todas as doses de vacina as quais é elegível antes de começar a frequentar a escola ou creche.

Os alunos em estado condicional podem permanecer na escola enquanto aguardam a data mínima válida da próxima dose de vacina e têm mais 30 dias para entregar a documentação da vacinação. Se um aluno estiver atualizando várias vacinas, o estado condicional continuará de forma semelhante até que as séries de todas as vacinas obrigatórias estejam completas.

Se o período condicional de 30 dias expirar e a documentação não tiver sido entregue à escola ou creche, o aluno não terá mais o direito de frequentar a escola ou creche, de acordo com o RCW 28A.210.120. A documentação válida inclui comprovante de imunidade da doença em questão, registros médicos que mostrem a vacinação ou um certificate of exemption (COE, certificado de isenção) preenchido.

Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order

For updated list, visit <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html>

Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine
ActHIB	Hib	Fluarix	Flu	Havrix	Hep A	Menveo	Meningococcal	Rotarix	Rotavirus (RV1)
Adacel	Tdap	Flucelvax	Flu	Hiberix	Hib	Pediarix	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (PV5)
Afluria	Flu	FluLaval	Flu	HibTITER	Hib	PedvaxHIB	Hib	Tenivac	Td
Bexsero	MenB	FluMist	Flu	Ipol	IPV	Pentacel	DTaP + Hib +IPV	Trumenba	MenB
Boostrix	Tdap	Fluvirin	Flu	Infanrix	DTaP	Pneumovax	PPSV	Twinrix	Hep A + Hep B
Cervarix	2vHPV	Fluzone	Flu	Kinrix	DTaP + IPV	Prevnar	PCV	Vaqta	Hep A
Daptacel	DTaP	Gardasil	4vHPV	Menactra	MCV or MCV4	ProQuad	MMR + Varicella	Varivax	Varicella
Engerix-B	Hep B	Gardasil 9	9vHPV	Menomune	MPSV4	Recombivax HB	Hep B		

Caso você tenha alguma deficiência e precise deste documento em outro formato, ligue para 1-800-525-0127. (Usuários com deficiência de fala ou audição, ligar para 711).