



## DISTRITO ESCOLAR DO CONDADO DE PALM BEACH

Departamento de Programas de Especialização e Opções Profissionalizantes

3308 Forest Hill Boulevard, West Palm Beach, FL 33406 • (561) 434-8755 • FAX (561) 434-7300

**Verificação de Trabalho dos Pais e Dificuldades de Supervisão Alegadas Como Motivo para Transferência**

**PAI OU RESPONSÁVEL:** Sua solicitação de transferência não poderá ser processada até que este formulário seja devolvido ao Departamento de programas de especialização e opções profissionalizantes.

**EMPREGADOR:** Para que possamos manter a integridade das escolas públicas do Condado de Palm Beach é necessário que investiguemos cuidadosamente todos os pedidos de transferência de alunos de uma escola para outra para determinar sua credibilidade. Pedimos a sua colaboração neste empenho, fornecendo-nos as seguintes informações:

**INFORMAÇÕES SOBRE O ALUNO(A)**

NOME DO ALUNO(A) (último, primeiro, nome do meio)		PROMOVIDO(A) PARA A SÉRIE	
ENDEREÇO DO PAI/MÃE (rua e número do apt., cidade, estado, CEP)			
NÚMERO DO TELEFONE DO PAI/MÃE ( ) -	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)	Nº DE CRIANÇAS NA FAMÍLIA	IDADES DAS CRIANÇAS

**INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO - MÃE**

NOME DA MÃE (último, primeiro, nome do meio)		HORÁRIO DE TRABALHO	
ALTERAÇÃO DO HORÁRIO DE TRABALHO HABITUAL (Indique os horários extremos, muito cedo ou muito tarde, que possam ser exigidos)		FREQUÊNCIA DA ALTERAÇÃO	
LOCAL DE TRABALHO		Nº DO TELEFONE DO TRABALHO ( ) -	
ENDEREÇO DO TRABALHO (rua e número do apt., cidade, estado, CEP)			

Este formulário tem como finalidade verificar se o nome da mãe acima consta em nossa lista de funcionários e se ela está trabalhando nas horas alegadas.

\_\_\_\_\_  
ESCREVA POR EXTENSO O NOME DO SUPERVISOR(A)

\_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO SUPERVISOR(A)

\_\_\_\_\_  
DATE

**INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO - PAI**

NOME DO PAI (último, primeiro, nome do meio)		HORÁRIO DE TRABALHO	
ALTERAÇÃO DO HORÁRIO DE TRABALHO HABITUAL (Indique os horários extremos, muito cedo ou muito tarde, que possam ser exigidos)		FREQUÊNCIA DA ALTERAÇÃO	
LOCAL DE TRABALHO		Nº DO TELEFONE DO TRABALHO ( ) -	
ENDEREÇO DO TRABALHO (rua e número do apt., cidade, estado, CEP)			

Este formulário tem como finalidade verificar se o nome da mãe acima consta em nossa lista de funcionários e se ela está trabalhando nas horas alegadas.

\_\_\_\_\_  
ESCREVA POR EXTENSO O NOME DO SUPERVISOR(A)

\_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO SUPERVISOR(A)

\_\_\_\_\_  
DATE

**PROVIDÊNCIAS RELATIVAS A CUIDADOS INFANTIS**

NOME DA PESSOA QUE CUIDA DA CRIANÇA OU NOME DA CRECHE		NÚMERO DO TELEFONE ( ) -	
ENDEREÇO (rua e número do apt., cidade, estado, CEP)			
ESPECIFIQUE O HORÁRIO EM QUE O ALUNO(A) PERMANECE NA CRECHE			