

Bem-vindos ao Distrito Escolar de Edmonds. Atualmente estamos aceitando novos pacotes de matrícula para o ano letivo de **2025-26**. 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 MyLR
 - ☐ 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	9/1/2019 até 8/31/2020	7ª série	9/1/2012 até 8/31/2013
1ª série	9/1/2018 até 8/31/2019	8ª série	9/1/2011 até 8/31/2012
2ª série	9/1/2017 até 8/31/2018	9ª série	9/1/2010 até 8/31/2011
3ª série	9/1/2016 até 8/31/2017	10ª série	9/1/2009 até 8/31/2010
4ª série	9/1/2015 até 8/31/2016	11ª série	9/1/2008 até 8/31/2009
5ª série	9/1/2014 até 8/31/2015	12ª série	9/1/2007 até 8/31/2008
6ª série	9/1/2013 até 8/31/2014		

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) aluno(s) acima mencionado(s) reside(m) no endereço fornecido para fins de comprovação de residência. Notificarei a escola dentro de duas semanas sobre mudanças de residência e concordo em fornecer um novo comprovante de residência e uma declaração assinada atualizada nesse momento. Se eu me mudar para fora dos limites da escola, entendo que a frequência contínua não é garantida e que receberei uma carta de notificação sobre a aprovação. Se a nossa mudança nos colocar fora dos limites do distrito, um Requerimento de Transferência por Opção deverá ser preenchido e aprovado para continuarmos na escola atual. Preencha o formulário de inscrição aqui: <https://eds.ospi.k12.wa.us/ChoicetransferRequest>. As famílias que solicitarem matrícula fora da área de atendimento domiciliar serão responsáveis por todo o transporte. A falsificação de qualquer informação ou documento exigido para a verificação de residência, ou o uso do endereço de outra pessoa sem que ela efetivamente resida no local, pode resultar na revogação da matrícula do aluno no Distrito Escolar de Edmonds (consulte a Norma 3131/3131P).

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

Nome do(a) Estudante (Sobrenome, Primeiro)	Escola	Série	Data de Nascimento	Idade

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

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

NÚMERO DE TELEFONE OU NÚMERO DE CONTATO: _____

EMAIL: _____

*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.

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/>

<http://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: ☐ M ☐ F ☐ X Série de entrada: _____ Data de nascimento: _____/_____/_____

Este(a) aluno(a) já foi matriculado(a) no Distrito Escolar de Edmonds? ☐ Sim ☐ Não Lista da última escola frequentada: _____

O(a) aluno(a) irá SIMULTANEAMENTE frequentar outra escola enquanto estiver matriculado(a) no Distrito Escolar de Edmonds? ☐ Sim ☐ Não

Se Sim, em que outra escola o(a) aluno(a) será matriculado(a)? _____

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 (_____) _____ ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabalho Número de telefone (_____) _____ ☐ Celular ☐ Casa ☐ 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 (_____) _____ ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabalho Número de telefone (_____) _____ ☐ Celular ☐ Casa ☐ 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 (_____) _____ ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabalho Número de telefone (_____) _____ ☐ Celular ☐ Casa ☐ 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 (_____) _____ ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabalho Número de telefone (_____) _____ ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabalho

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

Endereço residencial: _____

Endereço para correspondência (se for diferente): _____

Informação Familiar

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 0ª 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 (____)	☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabalho	Número de telefone (____) ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabalho

Contato 2:

Sobrenome	Nome	Vínculo com o(a) aluno(a)
Número de telefone (____)	☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabalho	Número de telefone (____) ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabalho

Contato 3:

Sobrenome	Nome	Vínculo com o(a) aluno(a)
Número de telefone (____)	☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabalho	Número de telefone (____) ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabalho

Histórico Estudantil

Faça uma lista de TODAS as escolas que o(a) aluno(a) frequentou, começando pela escola mais recente.
Seu aluno já frequentou uma escola pública no estado de Washington? ☐ 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)-ameri- | ☐ Guatemalteco(a) | ☐ Mexicano(a) | ☐ Panamenho(a) | ☐ Salvadorenho(a) | ☐ Venezuelano(a) | |
| cano(a)) | | | | | | |
- ☐ Hispânico ou Latino Preencher: _____

Parte II

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:

- | | |
|--|---|
| ☐ Chinook Tribe | ☐ Quileute Tribe of the Quileute Reservation |
| ☐ Confederated Tribes and Bands of the Yakama Nation | ☐ Quinault Indian Nation |
| ☐ Confederated Tribes of the Chehalis Reservation | ☐ Samish Indian Nation |
| ☐ Confederated Tribes of the Colville Reservation | ☐ Sauk-Suiattle Indian Tribe of Washington |
| ☐ Cowlitz Indian Tribe | ☐ Shoalwater Bay Indian Tribe of the Shoalwater Bay Indian Reservation |
| ☐ Duwamish Tribe | ☐ Skokomish Indian Tribe |
| ☐ Hoh Indian Tribe | ☐ Snohomish Tribe |
| ☐ Jamestown S'Klallam Tribe | ☐ Snoqualmie Indian Tribe |
| ☐ Kalispel Indian Community of the Kalispel Reservation | ☐ Snoqualmoo Tribe |
| ☐ Kikiallus Indian Nation | ☐ Spokane Tribe of the Spokane Reservation |
| ☐ Lower Elwha Tribal Community | ☐ Squaxin Island Tribe of the Squaxin Island Reservation |
| ☐ Lummi Tribe of the Lummi Reservation | ☐ Steilacoom Tribe |
| ☐ Makah Indian Tribe of the Makah Indian Reservation | ☐ Stillaguamish Tribe of Indians of Washington |
| ☐ Marietta Band of the Nooksack Tribe | ☐ Suquamish Indian Tribe of the Port Madison Reservation |
| ☐ Muckleshoot Indian Tribe | ☐ Swinomish Indian Tribal Community |
| ☐ Nisqually Indian Tribe | ☐ Tulalip Tribes of Washington |
| ☐ Nooksack Indian Tribe | ☐ Skagit superior |
| ☐ Port Gamble S'Klallam Tribe | |
| ☐ 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 Havaí ou de outras ilhas do Pacífico

- ☐ Nativo do Havaí/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 (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)

- ☐ Antiguan(a)
- ☐ Bahamiano(a)
- ☐ Barbadiano(a)
- ☐ Barthélemois/Bar-
thélemois
(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-Afri-
cana)
- ☐ 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)
- ☐ Mauritiano(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)
- ☐ 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 Helen-
iana
- ☐ senegalês(a)
- ☐ De Serra Leoa
- ☐ Togoês(a)
- ☐ Preenche que tipo
de Oeste-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
- ☐ Copt
- ☐ Druze
- ☐ egípcio(a)
- ☐ Emirati
- ☐ Iraniano(a)
- ☐ Iraque
- ☐ Israelense
- ☐ Preenche que tipo de pessoa do Oriente
Médio: _____

- ☐ Jordaniano(a)
- ☐ Kurdish Kuwaiti
- ☐ Libanês(a)
- ☐ Líbia
- ☐ Marroquino(a)
- ☐ Omani
- ☐ Palestino(a)
- ☐ De Qatar
- ☐ De Arábia Saudita
- ☐ Sírio(a)
- ☐ Tunisino(a)
- ☐ Iêmen
- ☐ Preenche que tipo de pessoa do Norte da
África: _____

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 _____			
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.	1. Em qual(ais) idioma(s) sua família gostaria de receber comunicação por escrito da escola? (Skyward Field: Preferred Languages for Family Communication) _____ a. Nome do(a) pai/mãe ou responsável Nº 1: _____ i. Você precisa de um intérprete para as reuniões e chamadas telefônicas (incluindo linguagem de sinais)? Sim ☒ Idioma _____ Não ☐ . ii. Você precisa de documentos traduzidos? Sim ☐ Não ☒ . b. Nome do(a) pai/mãe ou responsável Nº 2: _____ i. Você precisa de um intérprete para as reuniões e chamadas telefônicas (incluindo linguagem de sinais)? Sim ☐ Idioma _____ Não ☐ . ii. Você precisa de documentos traduzidos? Sim ☐ Não ☐ . c. Qual é o idioma primário utilizado em casa? (Skyward Fields - Student Primary Language & Family Home Language) _____		
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.	2. Qual(ais) idioma(s) seu(sua) filho(a) falou ou entendeu primeiro? (Skyward Profile Field Native) _____ 3. Que idioma sua criança usa majoritariamente em casa? (Skyward Student Profile-Student Language Spoken At Home) _____ 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.		
Educação Prévia Suas respostas sobre o país de nascimento e educação anterior de sua criança: • 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. <i>Este formulário não é utilizado para identificar o estatuto de imigração dos alunos.</i>	4. Em que país nasceu sua criança? _____ 5. Sua criança alguma vez recebeu educação formal fora dos Estados Unidos? (Jardim de Infância – 12º ano) ☐ Sim ☐ Não Se sim: Número de meses: _____ Idioma de instrução: _____ 6. Quando entrou sua criança pela primeira vez em uma escola nos Estados Unidos? (Jardim de Infância – 12º ano) _____ Mês _____ Dia _____ Ano _____ 7. Informação sobre migração: A criança ou o pai/ a mãe/ o tutor/a tutor(a) tem se mudado para um emprego de temporada ou temporário em trabalhos agrícolas ou de pesca? Sim ☐ Não ☐		

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

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.

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

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 - Native Education**

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 de dois idiomas
(Dual Language)**

O Programa Dual Language (de dois idiomas) está aceitando inscrições para o ano letivo de 2025-2026. O programa Dual Language é oferecido nas seguintes instituições: Escola Comunitária de Cedar Valley, Escola Primária College Place, Escola Primária Mountlake Terrace e Primária Spruce.

Informações sobre o programa

O programa Dual Language do Distrito Escolar de Edmonds é um programa bilíngue espanhol-inglês em que os alunos desenvolvem habilidades acadêmicas e sociais em ambos os idiomas. O programa de dois idiomas promove a diversidade cultural e o respeito entre todos os estudantes. O programa começa no jardim de infância, com 90% do dia em espanhol e 10% em inglês. Conforme os alunos progredem nas séries, o espanhol diminui em 10% e o inglês aumenta em 10%, atingindo 50% de espanhol/ 50% de inglês a partir da 4ª série. Os alunos aprenderão a ler, escrever e fazer matemática em ambos os idiomas. O objetivo do programa é que os alunos se tornem bilíngues, biliterados e alcancem proficiência escolar em todas as disciplinas em ambos os idiomas.

Você pode encontrar mais informações em nosso site: [Site Dual Language do Distrito Escolar de Edmonds](#)

Escolas e séries do programa, 2025-2026 (cada escola aumentará um nível escolar a cada ano letivo)

Escola primária de Cedar Valley: Jardim de infância - 4ª série

College Place Elementary School: Jardim de infância - 4ª série da

Escola Primária Mountlake Terrace: Jardim de infância - 2ª série

Spruce Elementary: Jardim de infância - 2ª série

Entrada

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

2ª série ou mais: 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 em espanhol para ouvir e falar para garantir que estejam preparados para o sucesso.

Se sua escola em casa não for uma escola com dois idiomas, você será colocado em nossa lista de espera e notificado de sua entrada no final do verão. Observe que o transporte não é fornecido para estudantes em lista de espera que são aceitos no programa.

☐

Sim, estou interessado em matricular meu filho no Programa Dual Language

FOR OFFICE USE ONLY

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

Opcional

**Formulário de interesse do programa de dois idiomas
(Dual Language)**

Liste a escola do seu bairro: _____

Nome do aluno: _____

Nota em que seu aluno estará no ano letivo de 2025-2026: _____

(nota: somente alunos que ingressam no jardim de infância até a quarta série podem se matricular no ano letivo de 2025-2026)

Data de nascimento do aluno: _____

Nome do guardião principal: _____

Número de telefone do guardião principal: _____

E-mail do guardião principal: _____

Endereço residencial: _____

Escolha sua escola preferida para dois idiomas abaixo. Se sua escola em casa não disponibiliza o programa Dual Language e você está aberto a qualquer escola listada, classifique-a na ordem de preferência, com a opção preferida sendo sua primeira escolha. (Cedar Valley, College Place, Mountlake Terrace, Spruce).

Escola de primeira escolha: _____

Escola de segunda escolha: _____

Escola de terceira escolha: _____

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?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, qual é o nome deles? _____

Mudança de colocação/retirada do programa

O Dual Language é um compromisso com o bilinguismo e a biliteracia para seu filho. Se uma vez colocado no programa, você quiser que seu aluno seja transferido para a vertente exclusiva de inglês, isso não será uma mudança imediata. Há um processo a seguir para garantir que seu filho receba o apoio e as intervenções necessárias em seu ambiente de dois idiomas. O processo de retirada pode levar de 3 a 6 semanas.

Assinatura do Pai / Responsável: _____

Data: _____

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

Musculoesquelético

- 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
OLA ☐ Estimulador de Nervo Vagal OLB ☐ Desfibrilador Cardíaco Interno Automático OLC ☐ Marca-passo OLD ☐ Tubo de gastrostomia OLE ☐ Tubo de jejunostomia ☐ Aparelho ☐ Prótese - faça uma lista: _____ ☐ Outros dispositivos médicos: _____	OKA ☐ Gastrostomia OKB ☐ Colostomia OKD ☐ Traqueostomia OKE ☐ Urostomia OK ☐ Outros: _____	☐ Cadeira de rodas ☐ Muletas ☐ 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 2025-2026



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 12ª série	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**

*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.





Certificado do Status de Imunização

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.

Reviewed by: _____ Date: _____
Signed COE on File? ☐ Yes ☐ No

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 Assinatura do pai/responsável é obrigatória no estado condicional			
Data				Data			
Vacinas obrigatórias para o ingresso em escolas ou creches							
▲ Obrigatório para escolas • Obrigatório para creche/pré-escola		DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA
● ▲ 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 tipo b</i>)							
● ▲ IPV (Poliomielite) (qualquer combinação de IPV/OPV)							
● ▲ OPV (Poliomielite)							
● ▲ MMR (sarampo, caxumba, rubéola)							
● PCV (pneumocócica)							
● ▲ Varicela (catapora) ☐ Histórico de doenças verificadas pelo Immunization Information System (IIS, Sistema de Informações sobre Imunização)							
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.							
☐ Diphtheria		☐ Hepatitis A		☐ Hepatitis B			
☐ Hib		☐ Measles		☐ Mumps			
☐ Rubella		☐ Tetanus		☐ Varicella			
☐ Polio (all 3 serotypes must show immunity)							
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							
O formulário preenchido manualmente precisa ter assinatura do médico ou documentação de imunização confirmada medicamente anexada.							
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.					

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://myirmobile.com/> 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.