



Established 1915

BROWARD
County Public Schools

Código de Conduta do Estudante

Sumário das Modificações ***Ano Letivo de 2025-2026***

Reestruturação geral e realinhamento dos componentes necessários para promover clareza:

Seção IV: Direitos e Responsabilidades dos Estudantes - Informações Atualizadas de Frequência e Disposições sobre a Privacidade dos Estudantes

Seção V: Conhecimento e Observação das Regras de Conduta - Dispositivos de Comunicação sem Fio

Apêndice A: Definições da Política

Apêndice B: Aviso da Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguro de Saúde (HIPAA)

Apêndice C: Matriz de Disciplina



Established 1915

BROWARD
County Public Schools

Confirmação de Recebimento

A Política SBBC 5090 do Código de Conduta do Estudante estabelece as políticas do Distrito para os estudantes das Escolas Públicas do Condado de Broward. As normas se aplicam a todas as atividades que ocorrem em dependências escolares, em outros locais sendo usados para atividades escolares, e em todos os veículos autorizados a transportar estudantes. A sua assinatura abaixo não indica que o(a) senhor(a) concorda ou discorda das normas, **mas apenas que examinou a cópia eletrônica destas normas** (<http://www.browardschools.com/codeofconduct>). Entregue este formulário à escola no prazo de 3 dias a partir do primeiro dia de aula, ou da data de matrícula. Se preferir preencher todos os formulários necessários por via eletrônica, acesse o pacote de informações de Volta às Aulas (Back to School Toolkit) no Portal de Pais no Focus.

Os pais precisam estar envolvidos na educação de seus filhos e têm a responsabilidade de:

- Estar cientes de que, por questões de segurança, não é da responsabilidade das escolas fornecer supervisão além dos 30 minutos anteriores ao horário oficial de início de aula, e nem fornecer supervisão além dos 30 minutos após o horário oficial de conclusão de aulas (F.S. §1003.31 (2)).
- Estar cientes de que, por questões de segurança, no caso de estudantes que utilizam o serviço de ônibus escolar, os motoristas NÃO estão autorizados a permitir que os estudantes desçam do ônibus fora de suas paradas designadas.
- Fornecer à escola os nomes dos contatos de emergência e/ou números de telefone atualizados anualmente ou se houver mudanças.
- Comunicar à escola qualquer fato que possa afetar a habilidade de aprendizagem do estudante, de frequentar a escola regularmente, ou de tomar parte em atividades escolares.
- Estar cientes de que as medicações devem ser administradas de acordo com as Políticas SBBC 6305 e 6305.1, conforme emenda, e que as consequências da transmissão e/ou venda ou tentativa de venda de medicamentos de venda livre, e a posse e/ou uso de medicamentos não autorizados podem ser encontradas na Política SBBC 5100. A Política SBBC 6305 descreve as normas referentes a medicamentos de venda livre ou de prescrição médica e a Política SBBC 5100 descreve as consequências das infrações destas normas. As políticas completas sobre saúde e suspensão e/ou expulsão, bem como todas as políticas do Conselho Escolar, podem ser acessadas no site: <https://www.browardschools.com/school-board/school-board-policies>.
- Estar cientes de que os pais têm direitos com relação à privacidade e confidencialidade dos registros estudantis mantidos pelas escolas, conforme definido na Seção XI deste livreto.
- Estar cientes de que nem o Conselho Escolar, nem seus funcionários, serão responsabilizados por itens proibidos que são perdidos, roubados ou confiscados; ou por dispositivos de comunicação sem fio ou outros itens de tecnologia pessoal que são perdidos, roubados ou confiscados.
- Estar cientes de que itens confiscados não retirados até o final do ano letivo serão doados a instituições de caridade locais.
- Estar cientes de que são responsáveis pela conduta de seus filhos no caminho de ida e de volta da escola e nas paradas de ônibus. A existência de um ambiente de aprendizagem seguro e respeitoso é essencial para o bom desempenho acadêmico; por esta razão, toda conduta estudantil fora do campus escolar, que afete gravemente a sua habilidade de aprendizagem, ou a habilidade do membro da equipe escolar de ensinar, pode ser considerada uma infração disciplinária. Em casos de incidentes graves que ocorram em paradas de ônibus e/ou em propriedades não pertencentes ao Conselho Escolar, os pais devem entrar em contato direto com a polícia. Em casos de ocorrências de intimidação sistêmica (ver definição de bullying na Seção V), as autoridades escolares devem ser informadas, as quais irão investigar e/ou fornecer assistência e intervenção, conforme o diretor/designado decidir apropriado, o que pode incluir o envolvimento do policial da escola (School Resource Officer).
- Certificar-se de que seus filhos demonstrem o uso legal, ético e responsável de tecnologia, incluindo redes, recursos digitais, internet e programas de software, conforme definido na Seção VII deste livreto.
- Os pais continuarão a manter a responsabilidade pelos estudantes até que atinjam a maioria (18 anos de idade ou mais), para todos os fins educacionais e disciplinares, com certas exceções estipuladas pelo estatuto.

Observação: As opções selecionadas pelos pais em cada formulário do Código de Conduta do Estudante estarão em vigor até que um novo formulário seja entregue.

Nome do(a) Estudante (letra de forma)

Assinatura do(a) Estudante

Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável (letra de forma)

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável

Data

Termo de Autorização à Mídia do Ano Letivo de 2025/2026 (Todas as Séries)

Como pai/mãe de um(a) estudante(a) das Escolas Públicas do Condado de Broward, estou ciente de que meu filho/a pode ser fotografado, filmado ou entrevistado pela imprensa, por escolas e pelo Distrito para fins informativos e/ou promocionais, conforme indicado abaixo.

Escolha uma Opção tanto na Seção A como na Seção B

(Se nenhuma opção for selecionada nas duas seções, a escolha pré-determinada será “NÃO PERMITIREI”).

Seção A - Mídia/Comunicações Externas

Favor Assinalar a Opção nº 1 ou a Opção nº 2

1. ____ **PERMITIREI** que meu/minha filho/a seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) pela imprensa, se a imprensa obtiver a devida autorização das Escolas Públicas do Condado de Broward.
2. ____ **NÃO PERMITIREI** que meu/minha filho/a seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) pela imprensa.

Seção B - Escolas Públicas do Condado de Broward

Favor Assinalar a Opção nº 1 ou a Opção nº 2

1. ____ **PERMITIREI** que meu/minha filho/a seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) para publicações escolares (tais como anuários e jornais escolares), meios de comunicação da escola e do Distrito (por exemplo, websites e redes sociais), BECON-TV e eventos e atividades escolares. **Observação: Para viabilizar as publicações escolares, o Distrito pode divulgar algumas informações para fornecedores aprovados, tais como o nome do(a) estudante, o endereço residencial do(a) estudante, o telefone do(a) estudante/dos pais, o nível escolar, os nomes dos professores e os números das salas de aula. Em casos de eventos esportivos, as posições e os números das camisas dos atletas podem ser divulgados.**
2. ____ **NÃO PERMITIREI** que meu/minha filho/a seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) para publicações escolares (por exemplo, anuários e jornais escolares), meios de comunicação da escola e do Distrito (por exemplo, websites e redes sociais), BECON-TV e eventos e atividades escolares.

Nome do(a) Estudante (letra de forma)

Assinatura do(a) Estudante

Data

Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável (letra de forma)

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável

Data

Formulário de Autoexclusão da FERPA do Ano Letivo de 2025/2026 (Todas as Séries)

ATENÇÃO! A seleção das opções abaixo impedirá que as informações selecionadas apareçam em publicações escolares, incluindo o anuário, entre outras, mesmo se o(a) senhor(a) fornecer autorização na Seção B do Termo de Autorização à Mídia. Por exemplo: A seleção da opção "Nome do(a) Estudante" vai impedir que a fotografia do estudante apareça no anuário.

PROPÓSITOS DE DIVULGAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS

"Dados Cadastrais" são informações de identificação pessoal que normalmente não seriam consideradas prejudiciais ou uma invasão de privacidade se divulgadas. De acordo com a FERPA (Lei de Direitos Educacionais e Privacidade da Família), o SBBC pode divulgar, a seu critério, dados cadastrais de um estudante de qualquer nível escolar, se os pais ou o estudante maior de 18 anos de idade não solicitarem exclusão de divulgação. O SBBC se reserva o direito de divulgar Dados Cadastrais somente para:

- faculdades, universidades ou outras instituições de ensino superior em que o estudante esteja matriculado, tenha interesse em se matricular ou possa ser recrutado;
- eventos esportivos, publicações escolares, materiais didáticos e outros meios de comunicação da escola (incluindo, entre outros, anuários, programas esportivos, programas de graduação, folhetos de recrutamento, programas de teatro, websites de escolas e do Distrito, redes sociais e publicações e cartazes disseminados na escola);
- autoridades de saúde do Condado de Broward, para fins de comunicação com os pais para tratar de questões importantes de saúde pública, conforme determinado pelo Departamento de Saúde da Flórida (64D-3, F.A.C.), incluindo informações para lidar ou se preparar para uma possível ou confirmada ameaça à saúde pública; e/ou
- comitês de reunião de turma (e similares) para fins de programação de reunião de turma.

TIPOS DE DADOS CADASTRAIS

Os pais/responsáveis de estudantes de qualquer nível escolar, ou estudantes qualificados (os maiores de 18 anos de idade, emancipados, que frequentam uma instituição de ensino superior), podem optar por excluir a divulgação de todo e qualquer tipo dos seguintes dados de cadastro, ao assinalar (✓) os itens que NÃO DEVEM SER DIVULGADOS:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nome do(a) Estudante | <input type="checkbox"/> Nome do(a) Pai/Mãe | <input type="checkbox"/> Endereço Residencial |
| <input type="checkbox"/> Número(s) de Telefone | <input type="checkbox"/> Data de Nascimento | <input type="checkbox"/> Local de Nascimento |
| <input type="checkbox"/> Área Principal de Estudo | <input type="checkbox"/> Atividades e Esportes Promovidos pela Escola | <input type="checkbox"/> Altura e Peso dos Atletas |
| <input type="checkbox"/> Nível Escolar | <input type="checkbox"/> Datas de Frequência Escolar | <input type="checkbox"/> Número da Camisa e Posição na Equipe |
| <input type="checkbox"/> Títulos e Prêmios* | <input type="checkbox"/> Nome da Escola ou Programa Anterior ou Mais Recente | <input type="checkbox"/> Número da Sala de Aula |

*Títulos e prêmios incluem trabalhos exemplares (incluindo obras de arte), reconhecimentos de todos os tipos, e situação de graduação (por exemplo, uma lista de formandos), e exclui a média de notas (GPA).

Observação: Este formulário deve ser preenchido e apresentado à escola anualmente, independentemente das opções acima estarem assinaladas ou não, NO PRAZO DE DEZ DIAS A PARTIR DO PRIMEIRO DIA DE AULA, ou a partir da data de matrícula, se o(a) estudante se matricular após o início do ano letivo.

Nome do(a) Estudante _____ Escola _____

Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável/Estudante Qualificado(a) (letra de forma) _____

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável/Estudante Qualificado(a) _____ Data _____

Observação: em relação a ex-estudantes, o SBBC continuará a honrar qualquer solicitação válida de exclusão da divulgação de informações de cadastro, feita quando o indivíduo era estudante da BCPS, a menos que o ex-estudante revogue o pedido de autoexclusão (34 CFR 99.37(b)).

Para pais em determinadas ocupações:

Observação: De acordo com o Estatuto da Flórida 119.071, certas informações pessoais de indivíduos em determinadas ocupações (bem como seus cônjuges e filhos), são confidenciais e isentas de divulgação pública, mas apenas se o indivíduo apresentar um pedido de isenção por escrito. Se o(a) senhor(a) estiver empregado em uma ocupação qualificada, e deseja solicitar que suas informações pessoais, de seu cônjuge e de seu filho sejam mantidas confidenciais, entre em contato com a escola do seu filho para completar o Requerimento de Isenção de Informações Pessoais para Determinadas Ocupações (Parental Request for Exemption of Personal Information for Selected Occupations).

Formulário de Autoexclusão da ESSA (11ª e 12ª Séries) - Ano Letivo de 2025/2026

SERVIÇO MILITAR & ENSINO PÓS-SECUNDÁRIO

De acordo com a lei Every Student Succeeds Act (ESSA), o Distrito tem a responsabilidade de divulgar, mediante pedido, o **nome do(a) estudante, o endereço e o número de telefone de estudantes** da 11ª e 12ª séries sem necessidade de consentimento prévio para:

- **Forças Armadas/recrutadores militares** (Comandante do Distrito ou Oficial Sênior dos escritórios regionais ou satélites das Forças Armadas, incluindo a Guarda Costeira dos Estados Unidos) para fins de envio de notificações para estudantes no que diz respeito a oportunidades disponíveis nas Forças Armadas dos Estados Unidos. A confidencialidade da lista deve ser protegida pelo pessoal encarregado das Forças Armadas por tais listas.
- **Instituições de ensino superior** (instituições pós-secundárias). A confidencialidade da lista deve ser protegida pelo pessoal encarregado de ensino superior por tais listas.

No entanto, os pais/responsáveis e estudantes qualificados (maiores de 18 anos de idade) podem optar por excluir a divulgação destas informações, ao indicar sua escolha abaixo.

Informações divulgadas para as Forças Armadas/recrutadores militares:

1. _____ **PERMITIREI** que as informações limitadas indicadas acima sejam divulgadas para as Forças Armadas/recrutadores militares.
2. _____ **NÃO PERMITIREI** que as informações limitadas indicadas acima sejam divulgadas para as Forças Armadas/recrutadores militares sem meu consentimento prévio.

Informações divulgadas para instituições pós-secundárias:

1. _____ **PERMITIREI** que as informações limitadas indicadas acima sejam divulgadas para instituições pós-secundárias.
2. _____ **NÃO PERMITIREI** que as informações limitadas indicadas acima sejam divulgadas para instituições pós-secundárias sem meu consentimento prévio.

Observação: Este formulário deve ser preenchido e apresentado à escola anualmente, independentemente da opção escolhida, **NO PRAZO DE DEZ DIAS A PARTIR DO PRIMEIRO DIA DE AULA, ou a partir da data de matrícula, se o (a)estudante se matricular após o início do ano letivo.**

Além deste formulário, todos os estudantes da 11ª e 12ª séries devem também preencher o Formulário de Autoexclusão da FERPA.

Nome do(a) Estudante _____ Série _____

Nome da Escola _____

Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável/Estudante Elegível (letra de forma) _____

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável/Estudante Elegível _____

Data _____

Coordinated Student Health Services

Heather Katcher, Director

1400 NW 14 Court

Fort Lauderdale, Florida 33311

phone: 754-321-1575 • fax: 754-321-1695

heather.katcher@browardschools.com

www.browardschools.com/cshs

The School Board of Broward County, Florida

Debra Hixon, Chair
Sarah Leonardi, Vice Chair

Lori Alhadeff
Maura McCarthy Bulman
Adam Cervera, Esq.
Dr. Jeff Holness
Nora Rupert
Rebecca Thompson
Dr. Allen Zeman

Dr. Howard Hepburn
Superintendent of Schools

Prezado(a) Pai, Mãe ou Responsável,

Esta carta tem como objetivo informá-lo sobre os serviços de saúde oferecidos pelo Departamento de Serviços Coordenados de Saúde Estudantil das Escolas Públicas do Condado de Broward (BCPS).

Serviços de Saúde Escolar

A BCPS trabalha em conjunto com o Departamento de Saúde da Flórida (FDOH) no Condado de Broward para assegurar a saúde e a segurança de seus filhos. Atualmente, os Serviços Coordenados de Saúde Estudantil mantêm enfermeiras registradas em nível distrital para auxiliar na coordenação dos serviços de saúde escolar e estão à sua disposição e de seus filhos para quaisquer questões de saúde que possam ter. Para entrar em contato com a equipe de saúde designada na escola de seu(sua) filho(a), ligue diretamente para a clínica da escola. Entre em contato com o CSHS (Coordinated Student Health Services, Serviços Coordenados de Saúde Estudantil) pelo telefone 754-321-1575 para tratar de quaisquer questões relacionadas a serviços de saúde.

Formulários de Consentimento para Serviços de Saúde do Estudante

A seção de Consentimento de Serviços de Saúde, na Ficha de Contato de Emergência do Estudante (SECC), deve ser preenchida, assinada e datada pelo(a) pai/mãe/responsável para assegurar que os estudantes possam receber atendimento em casos de enfermidades/lesões na escola ou durante atividades patrocinadas pela escola.

Se Seu/Sua Filho/a Estiver Doente

Manter seu(sua) filho(a) em casa quando ele(a) estiver doente ajuda-o(a) a se recuperar e protege seus colegas de escola. Não mande seu(sua) filho(a) para a escola se ele(a) estiver apresentando algum dos sintomas abaixo:

- Tosse forte
- Temperatura acima de 100,4 F (38°C)
- Dor de garganta severa
- Infecção nos olhos
- Diarreia
- Vômito persistente
- Erupção cutânea
- Piolhos na cabeça

Seu(sua) filho(a) deve estar livre de sintomas – sem vômito, diarreia ou febre – por pelo menos 24 horas, sem o uso de medicamentos para reduzir a febre, antes de retornar à escola. A BCPS fez uma parceria com a Hazel para oferecer serviços de telemedicina gratuitamente a todos os estudantes matriculados na BCPS. É necessário consentimento. Acesse o site www.browardschools.com/cshs para fornecer o consentimento e obter informações adicionais.

Exames de Saúde Exigidos pelo Estado

O Estatuto da Flórida 381.0056 exige que sejam realizados exames de saúde não invasivos para todos os estudantes do jardim de infância, 1ª, 3ª e 6ª séries. Se o estudante não passar em um determinado exame de saúde, será enviado para casa um guia de encaminhamento indicando que é recomendável um acompanhamento. Caso deseje excluir seu(sua) filho(a) da triagem, isso deve ser feito por escrito. As informações dos exames de saúde são confidenciais e os resultados são arquivados na pasta cumulativa de cada estudante. Abaixo estão os exames de acordo com o nível de série:

- Visão: Estudantes do Jardim de Infância (KG), 1ª, 3ª, 6ª séries e novos na BCPS até a 5ª série

- o Audição: Estudantes do Jardim de Infância (KG), 1ª, 3ª, 6ª séries e novos na BCPS até a 5ª série
- o Índice de Massa Corporal (IMC, ou BMI em inglês): Estudantes da 1ª, 3ª e 6ª séries e novos na BCPS até a 5ª série
- o Escoliose: Estudantes da 6ª série

Condições de Saúde

Se seu(sua) filho(a) tiver alguma das seguintes condições de saúde, incluindo, mas não se limitando a anafilaxia, asma, diabetes, fibrose cística ou convulsões, informe à escola, preenchendo os dois lados da Ficha de Contato de Emergência do Estudante e o formulário de Avaliação do Estado de Saúde ([Health Condition Review form](#)). Dependendo da condição de saúde informada, pode ser solicitado que você apresente documentação de um profissional de saúde. Acesse [Serviços Coordenados de Saúde do Estudante / Condições Crônicas de Saúde \(browardschools.com\)](#) para obter mais informações.

Administração de Medicamentos na Escola (com ou sem prescrição médica)

Se medicamentos ou tratamentos forem medicamente necessários durante o horário escolar, envie à escola o formulário atual de Autorização para Medicamento/Tratamento, assinado por um profissional de saúde e por um dos pais ou responsável. Para obter o formulário, acesse www.browardschools.com/healthforms.

O Plano de Manejo Médico para Diabetes (DMMP) é obrigatório para estudantes com diabetes e deve ser preenchido e assinado tanto por um profissional de saúde quanto por um dos pais ou responsável. Para acessar o formulário, visite: www.browardschools.com/healthforms.

Autorização para Determinados Medicamentos/Produtos de Venda Livre (OTC) com a Aprovação dos Pais

A autorização para determinados medicamentos/produtos de venda livre para estudantes da 9ª à 12ª série pode ser preenchida e assinada por um dos pais ou responsável. Para mais informações, acesse www.browardschools.com/healthforms.

Imunizações

De acordo com o Estatuto da Flórida 1003.22, todos os estudantes que ingressam ou frequentam uma escola pública ou privada na Flórida — da Educação Infantil (Kindergarten) até a 12ª série — devem apresentar comprovante de imunização documentado no Formulário DH 680 ou DH 681 do Departamento de Saúde da Flórida (FDOH). Para garantir que seu(sua) filho(a) esteja pronto(a) para a escola, você pode verificar se ele(a) possui as imunizações exigidas consultando o profissional de saúde da criança ou entrando em contato com o FDOH em Broward pelo telefone (954) 467-4700. Isenções religiosas, se desejadas, devem ser emitidas pelo FDOH. Para mais informações, incluindo como obter essas vacinas gratuitamente, visite: www.browardschools.com/vaccinations.

Recursos Comunitários

Caso não tenha plano de saúde, solicite um formulário de inscrição para o Seguro de Saúde Infantil da Flórida (Florida KidCare). Acesse [KidCare Outreach | Florida Department of Health in Broward \(floridahealth.gov\)](#).

O Programa de Visão Infantil Florida Heiken oferece exames de vista e óculos prescritos gratuitamente para estudantes que necessitam de serviços oftalmológicos completos. Acesse [Heiken-Flyer-English.pdf \(browardschools.com\)](#).

Em caso de dúvidas, entre em contato com os Serviços Coordenados de Saúde Estudantil pelo telefone (754) 321-1575, ou acesse www.browardschools.com/cshs.

Ficha de Contato de Emergência do Estudante das Escolas Públicas do Condado de Broward de 2025-26

Este formulário deve ser atualizado anualmente

Office Use Only	Student #	Grade Level:	<input type="checkbox"/> Court Order	<input type="checkbox"/> Medical
	Date Enrolled:		<input type="checkbox"/> Special Needs	<input type="checkbox"/> Other
<p>No caso de uma emergência, é imprescindível que a escola possa entrar em contato com os pais do(a) estudante (conforme definido abaixo). Preencha as informações em ambos os lados desta ficha com cuidado e precisão. Use caneta e escreva de forma legível. Os nomes de ambos os pais do(a) estudante/tutores (conforme definido na Seção 1000.21(6), Estatutos da Flórida), devem constar na ficha de contato de emergência como pessoas autorizadas a buscar o(a) estudante na escola, exceto quando uma ordem judicial tiver revogado os direitos dos pais e uma cópia autenticada dessa ordem judicial tiver sido fornecida à secretaria da escola. Ambos os pais devem designar na Ficha de Contato de Emergência as pessoas autorizadas a buscar seus filhos na escola. Nenhum dos pais poderá excluir ou de alguma forma alterar os nomes fornecidos pelo outro pai na Ficha de Contato de Emergência.</p>				
Dados do(a) Estudante	Sobrenome:	Nome:	Nome do Meio:	
	Data de Nascimento: / /	Professor(a) (somente ensino fundamental I):		
	Endereço Residencial:			
	Endereço para Correspondência (se diferente do acima):			
	Assinale as opções aplicáveis à residência do(a) estudante: <input type="checkbox"/> Condição Médica <input type="checkbox"/> Ordem Judicial <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais <input type="checkbox"/> Outra			
	O(A) estudante mudou de endereço desde a última matrícula? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
	Há alguma ordem judicial registrada que impeça um dos pais de ter contato com o(a) estudante? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, contate a escola			
	Nome(s) de Preferência/Apelido(s):			
	Os funcionários podem se referir ao meu(minha) filho(a) usando o(s) nome(s) de preferência ou apelido(s) listado(s) acima em todos os documentos não oficiais e durante eventos escolares ou do Distrito.			
Pai/Mãe	Assinatura:	Data:	Relação:	
	Sobrenome:	Nome:	Telefone Celular:	
	Endereço Residencial (se diferente do estudante):	Cidade, Estado, CEP:	Telefone Residencial:	
Outro Pai/Mãe	Local de Emprego:	Telefone do Trabalho:	E-mail do Pai/Mãe:	
	Sobrenome:	Nome:	Telefone Celular:	
	Endereço Residencial (se diferente do estudante):	Cidade, Estado, CEP:	Telefone Residencial:	
Pessoas Autorizadas a Buscar o(a) Estudante/Contato	Local de Emprego:	Telefone do Trabalho:	E-mail do Pai/Mãe:	
	<p>Liste os nomes das pessoas autorizadas a buscar seu(sua) filho(a) ou a quem podemos contatar caso não for possível contatá-lo. O ESTUDANTE NÃO PODERÁ SER LIBERADO PARA PESSOAS QUE NÃO ESTEJAM LISTADAS ABAIXO. Ambos os pais podem designar na Ficha de Contato de Emergência as pessoas autorizadas a buscar seus filhos na escola. Ao selecionar a pessoa autorizada a buscar seu(sua) filho(a), considere se essa pessoa está preparada para lidar com quaisquer necessidades médicas especiais exigidas por ele(a). Autorizo/autorizamos pela presente o contato, a divulgação de informações relacionadas a emergências ou a liberação do(a) estudante para as seguintes pessoas em caso de doença, evacuação ou outra emergência que possa ocorrer enquanto o(a) estudante estiver na escola.</p>			
	Nome:	Relação:	Telefone:	
<p>Declaro que as informações que constam nesta ficha são verdadeiras e corretas. Avisarei a secretaria da escola imediatamente sobre quaisquer mudanças:</p>				
Assinatura:	Data:	Relação:		
<p>Os dados pessoais fornecidos neste formulário serão mantidos confidenciais (em uma área protegida) e somente serão usados e divulgados pelos funcionários da escola quando necessário.</p>				

Ficha de Contato de Emergência do Estudante das Escolas Públicas do Condado de Broward de 2025-26

Este formulário deve ser atualizado anualmente

Student Last Name:

First:

Middle:

Grade Level:

Autorização para Serviços de Saúde	Autorização para Serviços de Clínica Escolar: Cuidados e tratamento de doenças e lesões (por exemplo: consultas à clínica escolar para dor de estômago, dor de cabeça, sintomas de resfriado/gripe, sangramento nasal, curativos para cortes e arranhões, etc.).		
	<input type="checkbox"/> SIM , Autorizo meu(minha) filho(a) a receber cuidados da enfermeira da escola, de profissionais de saúde treinados ou de funcionários qualificados da escola durante o dia letivo e em atividades fora da escola, inclusive em excursões.		
	<input type="checkbox"/> NÃO , Estou ciente de que meu(minha) filho(a) NÃO receberá nenhum atendimento não emergencial da equipe de saúde ou da equipe escolar.		
	Se esta seção for deixada em branco ou não for assinada, os funcionários da escola NÃO poderão cuidar de seu(sua) filho(a), a menos que haja uma emergência médica.		
	Exames de Saúde Obrigatórios pelo Estado, F.S. 381.0056(3): Os estudantes nas séries em que se exigem exames de triagem pelo estado (jardim de infância, 1ª série, 3ª série e 6ª série) farão exames de saúde específicos para visão, audição, crescimento e desenvolvimento e escoliose, conforme previsto no plano de serviços de saúde do distrito. O(A) estudante estará isento(a) de qualquer exame de saúde se seus pais ou responsáveis solicitarem essa isenção por escrito.		
Dados Médicos	Autorizo meu(minha) filho(a) a receber serviços de saúde conforme indicado acima. Entendo que, ao dar o consentimento, a BCPS divulgará os registros educacionais de meu(minha) filho(a) (incluindo dados médicos) a prestadores de serviços de enfermagem contratados que atenderem meu(minha) filho(a).		
	Assinatura: _____ Data: _____ Relação: _____		
	É necessário fornecer os dados médicos a cada ano letivo e sempre que houver mudanças. As informações de condições de saúde fornecidas em anos anteriores não serão consideradas atuais, a menos que indicado abaixo. Se você assinalar que seu(sua) filho(a) tem um problema de saúde atual, deve-se preencher o Formulário de Avaliação do Estado de Saúde (<i>Health Condition Review Form</i>) E enviar documentação de um profissional de saúde para a escola de seu(sua) filho(a).		
	<input type="checkbox"/> Meu(minha) filho(a) NÃO tem ou já não tem mais nenhuma das condições de saúde listadas abaixo Assinale todas as condições de saúde atuais e que tenham sido diagnosticadas por um profissional de saúde:		
	<input type="checkbox"/> TDA/TDAH (ADD/ADHD)	<input type="checkbox"/> Alergias (sem risco de vida)	<input type="checkbox"/> Alergias (com risco de vida)
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Distúrbio hemorrágico	<input type="checkbox"/> Câncer	<input type="checkbox"/> Condições cardíacas
<input type="checkbox"/> Fibrose cística	<input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 1	<input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 2	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Transtornos convulsivos (SEM incluir convulsões febris)
<input type="checkbox"/> Distúrbio renal	<input type="checkbox"/> Lúpus	<input type="checkbox"/> Condições de saúde mental/comportamental	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme (NÃO traço falciforme)
<input type="checkbox"/> Outra condição (descrever): _____			
Seu/sua filho(a) usa óculos/lentes de contato? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Seu/sua filho(a) usa aparelho(s) auditivo(s)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Seguro-Saúde	Assinale a caixa aplicável: <input type="checkbox"/> Seguro de saúde privado <input type="checkbox"/> Florida KidCare/Florida Healthy Kids <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Nenhum		
	Se NENHUM , temos sua permissão para encaminhar o nome do estudante, o nome dos pais, os dados de contato e a situação atual da cobertura do seguro-saúde para o Florida KidCare Insurance para que seja feita uma verificação de elegibilidade, a fim de determinar se você se qualifica para o plano de saúde? <input type="checkbox"/> Sim, favor assinar aqui: _____ <input type="checkbox"/> Não		
Divulgação de Dados Médicos e Emergência	Autorizo pelo presente a divulgação dos dados médicos de meu(minha) filho(a), dados de contato dos pais e outras informações de saúde (coletadas dos serviços de saúde prestados na escola, incluindo informações armazenadas eletronicamente) aos funcionários do departamento de saúde para tratar de condições de importância para a saúde pública, incluindo informações para atender e se preparar para possíveis ou confirmadas condições de saúde. No caso de estudantes que recebem serviços de saúde de funcionários da escola ou do Distrito e/ou de fornecedores contratados, também autorizo o Distrito a compartilhar as informações de saúde pessoais de meu(minha) filho(a) e os dados demográficos relacionados com o Departamento de Saúde da Flórida para fins de monitoramento, a fim de garantir a conformidade do programa pelo Distrito e pelas escolas e avaliar a prestação de serviços.		
	Assinatura: _____ Data: _____ Serão divulgados dados médicos e outras informações sem o consentimento dos pais/estudante elegível em caso de emergências de saúde, conforme permitido pela Lei de Direitos Educacionais e Privacidade da Família (FERPA). A escola solicitará atendimento médico de emergência caso necessário. Será autorizado o transporte emergencial para um centro de saúde, conforme determinado pelos paramédicos.		
Informações de Saída da Escola	Procedimentos Normais de Saída da Escola: Em um dia normal, como seu(sua) filho(a) sairá da escola?		
	<input type="checkbox"/> De carro	<input type="checkbox"/> De ônibus escolar	<input type="checkbox"/> De transporte público
	<input type="checkbox"/> Programa pós-escolar na própria escola	<input type="checkbox"/> Programa pós-escolar externo	<input type="checkbox"/> A pé ou de bicicleta para casa
Procedimentos de Saída de Emergência: No caso de forte tempestade ou outra emergência imprevista, seu(sua) filho(a) foi orientado(a) a:			
<input type="checkbox"/> Caminhar para casa	<input type="checkbox"/> Ir de ônibus escolar como de costume	<input type="checkbox"/> Usar transporte público	
<input type="checkbox"/> Ir de carro para casa somente com os pais	<input type="checkbox"/> Ir de carro para casa com alguma pessoa indicada na lista de contatos autorizados		
Irmãos e Idioma Falado em Casa	Sobrenome: _____	Nome: _____	Série: _____
Liste outros idiomas falados em casa: _____			
Questionário	Para que possamos entender as necessidades de nossa comunidade escolar, responda às perguntas a seguir.		
	Seu(sua) filho(a) tem acesso a um computador em casa?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Você tem acesso à internet em casa?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Seu(sua) filho(a) tem acesso à internet no computador de casa?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Você tem acesso à internet fora de sua casa?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Indique o método de contato de sua preferência: <input type="checkbox"/> Telefonema <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> E-mail			

Coordinated Student Health Services

Avaliação do Estado de Saúde

Ano Letivo 20____ - 20____

JÁ PREENCHEU A FICHA ANUAL DE CONTATO DE EMERGÊNCIA DO ESTUDANTE? Sim Não

Sobrenome do(a) Estudante: _____

Nome do(a) Estudante: _____

Data de Nascimento: _____

Série: _____

O estado de saúde é definido como aquele que dura um (1) ano ou mais e exige atenção médica contínua, limita as atividades da vida diária ou ambas.

ATENDIMENTO A ESTUDANTES/TREINAMENTO

- O Plano Individual de Saúde (Individual Healthcare Plan/IHCP) é um plano de ação para o gerenciamento das necessidades reais e possíveis de saúde durante o horário escolar, em excursões e durante atividades promovidas pela escola.
 - Pode ser criado um IHCP para estudantes com um problema de saúde *comprovado* que exija medicação ou algum procedimento durante o horário escolar.
- O Plano de Atendimento de Emergência (ECP) é um conjunto de instruções passo a passo sobre o que fazer em uma emergência.
 - Pode ser criado um ECP para estudantes com possível risco de emergência (por exemplo, anafilaxia, convulsão, diabetes, asma).
- Conforme previsto pela Lei de Privacidade e Direitos Educacionais da Família (FERPA), as informações sobre o estado de saúde em um ECP serão compartilhadas com a equipe escolar aplicável.
- Todas as condições devem ter um diagnóstico documentado por um profissional de saúde, exceto ADD/ADHD, alergias sem risco de vida, condições de saúde mental/comportamental e "outros".

Condição de Saúde:

Assinale **SOMENTE** as condições de saúde atuais. *Indica condições que exigem documentação por escrito de diagnóstico por um profissional de saúde.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/TDAH (Déficit de Atenção/Hiperatividade) | <input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 1* |
| <input type="checkbox"/> Alergias – sem risco de vida (não graves) | <input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 2* |
| <input type="checkbox"/> Alergias – com risco de vida (graves)* | <input type="checkbox"/> Epilepsia / Transtornos Convulsivos* |
| <input type="checkbox"/> Asma* | <input type="checkbox"/> Distúrbios renais* |
| <input type="checkbox"/> Distúrbio Hemorrágico* | <input type="checkbox"/> Lúpus* |
| <input type="checkbox"/> Câncer* | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme* |
| <input type="checkbox"/> Condições Cardíacas* | <input type="checkbox"/> Nenhum problema de saúde atual |
| <input type="checkbox"/> Fibrose Cística* | <input type="checkbox"/> Outra _____ |

Avaliação das Necessidades de Medicação:

É necessário, do ponto de vista médico, que seu(sua) filho(a) receba medicamentos durante o horário escolar?

Sim Não

Se **Sim**, é necessário enviar um Formulário de Autorização para Medicação/Tratamento, preenchido por um profissional de saúde, para fins de administração de medicamentos (www.browardschools.com/healthforms).

O estudante está atualmente tomando medicação que seria necessária para uma atividade externa relacionada à escola ou patrocinada pela escola (incluindo viagens noturnas) que ocorrem fora do horário escolar normal?

Sim Não

De acordo com o Estatuto da Flórida 1002.20 e a Política 6305 do Conselho Escolar, é permitido o porte próprio pelo estudante de medicamentos como inalador de dose calibrada (MDI), autoinjeter de epinefrina, suprimentos e medicamentos para diabéticos e/ou suplementos de enzimas pancreáticas com um Formulário de Autorização para Medicação/Tratamento, preenchido por um profissional de saúde, declarando que o estudante é treinado e independente.

O estudante carrega consigo ALGUM medicamento? **Sim** **Não**
Caso sim, indique o medicamento: _____

Data do diagnóstico: _____

Sinais e sintomas (se houver): _____

Gatilhos/Alérgenos (se houver): _____

Hospitalização recente relacionada ao diagnóstico? **Sim** **Não** Data: _____

Cirurgia recente relacionada ao diagnóstico? **Sim** **Não** Data: _____

Restrição de atividades na escola? **Sim** **Não**

Informações adicionais (*incluindo os efeitos colaterais conhecidos e específicos do estudante à medicação*):

Forneça as melhores formas de contato, incluindo nome e número de telefone, que os funcionários da escola possam usar para informá-lo sobre a condição de saúde de seu(sua) filho(a).

Pai/Mãe/Responsável (em letra de forma): _____

Melhor Telefone para Contato: _____

Pai/Mãe/Responsável (assinatura): _____

Relação com o(a) Estudante: _____

*****CLINIC USE ONLY*****

PARENT / HEALTHCARE STAFF COMMUNICATION:

Date/Time: _____ Medication Authorization Form Emergency Contact Card Unable to reach parent/guardian Letter sent home

Date/Time: _____ Medication Authorization Form Emergency Contact Card Unable to reach parent/guardian Letter sent home

Date/Time: _____ Medication Authorization Form Emergency Contact Card Unable to reach parent/guardian Letter sent home

Date/Time: _____ No verified health condition [Remove from School Application] Referral (Admin, Social Work, Food & Nutrition, etc.)

The signature below serves as an annual health record review:

RN Name: _____

RN Signature: _____

Date: _____

Student needs IHP only

Student needs IHP and ECP

No plan required at this time



2025-2026

Requisitos de Imunização Escolar

Antes de ingressar ou frequentar a escola presencial ou virtualmente (jardim de infância à 12ª série), cada estudante deve apresentar uma *Certificação de Imunização da Flórida* (formulário DH 680)*, documentando as seguintes vacinas:

Jardim de Infância à 12ª Série:

- Quatro ou cinco doses da vacina contra difteria-tétano-coqueluche (DTaP)±
- Três doses da vacina contra a hepatite B (Hep B)
- Quatro ou cinco doses da vacina contra a poliomielite (IPV)**
- Duas doses da vacina contra sarampo-caxumba-rubéola (MMR)
- Duas doses da vacina contra varicela†

7ª Série:

Além das vacinas do jardim de infância à 12ª série, os estudantes que ingressam ou frequentam a 7ª série precisam também:

- Uma dose da vacina contra tétano-difteria-coqueluche (Tdap) da 7ª à 12ª série.
- Obter um formulário DH 680 atualizado que inclua a vacina Tdap para ser enviado à escola.

Consulte seu prestador de serviços de saúde ou pediatra para obter o Formulário DH 680*.

Para mais informações sobre clínicas de imunização gratuita, acesse browardschools.com/vaccinations.

Estudantes que não apresentarem o Certificado de Imunização* preenchido, indicando conformidade com o cronograma atual de vacinas exigidas, não poderão frequentar as aulas até que esse documento seja entregue.

Ausências devido ao não cumprimento dos requisitos de imunização serão consideradas não justificadas. (F.S. s. 1003.22(1)) (Política 5.5-IV.C.2 da BCPS)

* *Os estudantes podem frequentar a escola sem o formulário DH 680 se tiverem uma isenção médica (formulário DH 680-Parte B/C) ou religiosa (formulário DH 681).*

± *A quinta dose da vacina DTaP não é necessária se a quarta dose tiver sido administrada aos 4 anos de idade ou depois.*

** *Se quatro ou mais doses forem administradas antes dos 4 anos de idade, deve-se administrar uma dose adicional dos 4 aos 6 anos de idade e pelo menos seis meses após a dose anterior. Uma quarta dose não é necessária se a terceira dose tiver sido administrada aos 4 anos de idade, ou depois, e pelo menos seis meses após a dose anterior.*

† *A vacina contra varicela não é necessária se a doença de varicela for documentada por um profissional de saúde.*

O Conselho Escolar do Condado de Broward, Flórida, proíbe qualquer política ou procedimento que resulte em discriminação com base em idade, cor, deficiência, identidade de gênero, expressão de gênero, nacionalidade, estado civil, raça, religião, sexo ou orientação sexual. O Conselho Escolar também oferece igualdade de acesso aos Escoteiros e outros grupos designados de jovens. Os indivíduos que desejem registrar queixa de discriminação e/ou assédio podem entrar em contato com o Diretor do Departamento de Igualdade de Oportunidades Educacionais/Conformidade com a ADA e Coordenador de Equidade/Coordenador de Título IX do Distrito pelo telefone 754-321-2150 ou pelo e-mail eeo@browardschools.com. Os indivíduos com deficiências que solicitem adaptações nos termos da Lei de Emendas à Lei dos Americanos com Deficiências de 2008 (ADAAA) podem entrar em contato com o Departamento de Igualdade de Oportunidades Educacionais/Conformidade com a ADA pelo telefone 754-321-2150 ou pelo e-mail eeo@browardschools.com.

Nosso distrito escolar está fazendo parceria com a Hazel Health, Inc. e a Telehealth Services USA d/b/a Hazel Health Services (“Hazel Health Services”) para fornecer acesso a serviços de saúde de qualidade para todos os estudantes. A enfermeira da escola ou o representante de saúde da escola pode iniciar uma consulta por vídeo com um dos profissionais de saúde da Hazel para garantir que não haja atrasos no atendimento.

Preencha este formulário online e saiba mais sobre a Hazel em:
getstarted.hazel.co/district/broward



Nome do(a) Estudante	Sobrenome do(a) Estudante	Mês / Dia / Ano	Data de Nascimento do(a) Estudante
Nº de Identificação Estudantil	Endereço do(a) Estudante	Cidade / Estado / Código Postal	
Nome do Pai/Mãe/Responsável nº 1	Relação com o(a) Estudante	Celular <input type="radio"/> preferencial	E-mail <input type="radio"/> preferencial
Nome do Pai/Mãe/Responsável nº 2	Relação com o(a) Estudante	Celular <input type="radio"/> preferencial	E-mail <input type="radio"/> preferencial

Informações Necessárias sobre o Seguro

Quanto custará uma consulta com a Hazel? Os serviços da Hazel Health são 100% cobertos, portanto, não há custo para sua família.

Quem está custeando esses serviços? Assim como um prestador de serviços de saúde convencional, a Hazel cobrará os serviços prestados diretamente do plano de saúde do seu filho(a). Tudo o que não for coberto pelo plano será custeado pelo distrito escolar. Por isso, **não há nenhum custo direto** para sua família.

Você não receberá nenhuma cobrança pelos serviços da Hazel — independentemente do seu plano de saúde ou do valor da franquia. Após a consulta, você poderá receber pelo correio uma Explicação de Benefícios (EOB) da sua companhia de seguro. Isso não é uma cobrança; é apenas um registro de que a consulta aconteceu. Não é necessário tomar nenhuma ação.

E se meu filho(a) não tiver plano de saúde? Se a Hazel confirmar que seu filho(a) não possui plano de saúde, o atendimento ainda será 100% coberto. Para mais informações, consulte nossas Perguntas Frequentes em <https://www.hazel.co/faq>.

Por favor, forneça as informações do plano de saúde do seu filho(a) e preencha todas as seções abaixo. Suas informações de seguro são sempre mantidas em sigilo e armazenadas com segurança.

Companhia de seguro	Número de identificação do beneficiário	N.º do grupo (se aplicável)	
Nome do titular da apólice	Sobrenome do titular da apólice	Data de nascimento do titular da apólice	Relação com o(a) estudante
Endereço do titular da apólice		Cidade /Estado /Código postal	

Ao assinalar esta caixa, declaro que meu filho(a) não possui cobertura de plano de saúde neste momento.

Li a Autorização de Serviços de Saúde da Hazel e a Política de Privacidade e: (marque uma das opções abaixo)

- AUTORIZO** que meu filho(a) receba serviços de saúde prestados pelos profissionais da Hazel Health.
- NÃO AUTORIZO** que meu filho(a) receba serviços de saúde prestados pelos profissionais da Hazel Health.

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável Legal/Representante Legal (obrigatório) _____ Data _____

CONTINUE PARA A PÁGINA 2 PARA INFORMAR ALERGIAS CONHECIDAS E OUTRAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE
Este consentimento permanecerá válido até que seja revogado pelo pai, mãe, responsável legal ou representante legal.

Autorização para o Centro de Saúde Escolar da Hazel Health Services

Para fins deste Aviso, quando nos referimos a “você” ou “seu/sua”, estamos nos referindo a você como paciente (ou seja, alguém que atende aos critérios legais do seu estado quanto à maioridade, menor emancipado ou menor desacompanhado) ou a você como responsável pelas informações de um paciente menor de idade (ou seja, alguém que é responsável legal autorizado ou representante legal autorizado da criança).

Compreendendo que você pode precisar de atendimento médico, atendimento em saúde mental ou triagens de saúde na escola ou fora dela, você autoriza, por meio do serviço de telemedicina da Hazel Health Services, que sejam iniciados e realizados primeiros socorros ou outros exames e tratamentos médicos ou de saúde mental considerados apropriados conforme as circunstâncias, e consente em receber esse atendimento. Você entende que tem o direito de recusar o tratamento. A Hazel Health não oferece serviços de emergência. Em caso de emergência, a escola seguirá o protocolo adequado para que você seja atendido por um profissional médico devidamente qualificado. Você entende que os serviços da Hazel Health podem não estar sempre disponíveis devido à capacidade ou outros motivos, e que a Hazel Health pode utilizar tecnologia de terceiros para documentar e registrar a prestação dos serviços clínicos. Você autoriza a Hazel Health Services ou seus representantes a entrar em contato e deixar mensagens de voz, mensagens de texto e/ou e-mails contendo informações protegidas de saúde ou informações pessoais identificáveis, como um diagnóstico seu e/ou informações relevantes aos produtos, serviços e parcerias da Hazel Health, utilizando os dados de contato fornecidos por você e/ou pela escola. Você pode optar por não receber mensagens de texto da Hazel respondendo com a palavra STOP a partir do dispositivo móvel que recebe as mensagens, ou entrando em contato com a Hazel Health Services pelo telefone 1-800-764-2935, por e-mail para support@hazel.co, ou por escrito para o endereço 8300 Esters Blvd., Ste. 900, Irving, TX 75063. Você também entende que a transmissão de informações pessoais de saúde e/ou informações pessoais identificáveis pode não ser segura e pode ser acessada ilegalmente por terceiros. Qualquer informação médica ou demográfica fornecida à escola poderá ser compartilhada com a Hazel Health e a Hazel Health Services. Além disso, você autoriza a escola a compartilhar com a Hazel Health Services quaisquer registros estudantis relacionados ao tratamento médico e/ou diagnóstico.

1. FINALIDADE. A finalidade deste formulário é obter seu consentimento para participar de uma consulta por telemedicina. Este consentimento autoriza que informações médicas sobre você, incluindo informações médicas pessoais identificáveis, sejam divulgadas ao seu distrito escolar, a trocas de informações de saúde (Health Information Exchanges), à Hazel Health e à Hazel Health Services, bem como aos seus contratados, profissionais de saúde, equipe administrativa e funcionários, para fins de tratamento, análise, pesquisa ou administração geral. Essa autorização também permite o compartilhamento de informações contendo dados médicos pessoais identificáveis com a escola, o distrito escolar e seus funcionários, para fins informativos. Você também autoriza a Hazel Health ou a Hazel Health Services a utilizar informações pessoais identificáveis para o desenvolvimento e aprimoramento de softwares, hardwares e ferramentas relacionadas, com o objetivo de melhorar os serviços prestados por profissionais de saúde, equipe administrativa, contratados e funcionários da Hazel Health e da Hazel Health Services. Este consentimento também autoriza a divulgação de informações, diagnósticos e registros que contenham ou estejam relacionados às suas informações de saúde protegidas, para fins de cobrança junto a operadoras de planos de saúde comerciais e segurados, pagadores estaduais e/ou federais, incluindo, mas não se limitando, aos planos estaduais de Medicaid. A finalidade dessa divulgação é obter informações e/ou remuneração por serviços médicos reembolsáveis.

a. Residentes do Texas: Ao assinar este formulário, você autoriza expressamente a Hazel Health, a Hazel Health Services e quaisquer de seus contratados, fornecedores ou afiliados a cobrar do Medicaid e de outros pagadores pelos serviços específicos prestados a você, conforme descrito no seu plano atual de Admissão, Revisão e Desligamento/Plano de Educação Individualizado (“ARD/IEP”), incluindo os serviços previstos no programa School Health and Related Services (“SHARS”).

Sua capacidade de receber atendimento fora do ambiente escolar não será afetada. Você pode revogar este consentimento a qualquer momento enviando um e-mail para support@hazel.co. Você entende que pode escolher seu prestador de serviços de saúde e não tem obrigação de selecionar a Hazel Health ou a Hazel Health Services como seu provedor. Você entende que é responsável por quaisquer custos não cobertos pelo seu plano de saúde ou por outra agência. Você terá acesso a todas as informações médicas resultantes dos serviços de telemedicina, conforme previsto na legislação aplicável sobre o acesso do paciente aos prontuários médicos.

- 2. NATUREZA DA CONSULTA POR TELEMEDICINA.** Durante a consulta por telemedicina, podem ocorrer os seguintes procedimentos:
 - a. Detalhes do seu histórico médico e de saúde mental, exames, radiografias e testes podem ser discutidos com outros profissionais de saúde quando necessário do ponto de vista médico.
 - b. Exames físicos e avaliações comportamentais poderão ser realizados por um profissional médico remoto por meio do aplicativo móvel, utilizando áudio, vídeos ou fotos, quando necessário para o atendimento. Nem todas as condições podem ser tratadas por meio de uma consulta por telemedicina.
 - c. Pessoal não médico, incluindo funcionários da escola, colaboradores dos Serviços de Saúde Hazel e/ou tradutores, podem estar presentes para auxiliar com a linguagem e a implementação técnica da consulta. Você autoriza os funcionários da escola, incluindo enfermeiros e pessoal não médico, a administrar medicamentos, inclusive medicamentos de venda livre
- 3. TESTES NO PONTO DE ATENDIMENTO. 1** Eu autorizo a realização de testes no ponto de atendimento na escola quando houver indicação médica.
 - a. Possíveis complicações desses testes incluem desconforto temporário, irritação leve ou trauma localizado na área afetada.
- 4. INFORMAÇÕES MÉDICAS E PRONTUÁRIOS.** Todas as leis vigentes relacionadas ao seu acesso às informações médicas e às cópias dos seus prontuários se aplicam a esta consulta por telemedicina. Além disso, qualquer divulgação de imagens ou informações que identifiquem o paciente, resultantes desta interação por telemedicina, não ocorrerá sem seu consentimento explícito, exceto nos casos em que você autorize a Hazel Health Services a divulgar informações de saúde protegidas sobre você a representantes da escola, enfermeiros escolares, médicos, Hazel Health ou outros prestadores de serviços de saúde e pagadores, para fins de tratamento, administração e faturamento. Você também autoriza a Hazel Health a manter e armazenar seus prontuários médicos conforme as leis e regulamentações aplicáveis. Para obter uma cópia dos seus prontuários médicos ou acessar suas informações de saúde, envie sua solicitação para support@hazel.co ou ligue para 1-800-76-HAZEL.
 - a. Residentes de Nevada: De acordo com o N.R.S. 629.051, todos os registros de saúde podem ser destruídos após um período de cinco anos.
- 5. CONFIDENCIALIDADE.** Esforços razoáveis e apropriados foram feitos para eliminar qualquer risco à confidencialidade associado à consulta por telemedicina, e todas as proteções de confidencialidade previstas pelas leis federais e estaduais se aplicam às informações divulgadas durante essa consulta.
- 6. DIREITOS.** Você pode recusar ou retirar seu consentimento para consultas por telemedicina, para a divulgação de informações pessoais identificáveis a qualquer agência estadual ou federal, ou a terceiros, ou para qualquer outro serviço, a qualquer momento. Você reconhece que foi informado(a) sobre seu direito de receber uma cópia desta autorização como signatário(a) do consentimento.
- 7. RISCOS, CONSEQUÊNCIAS E BENEFÍCIOS.** Você está ciente dos possíveis riscos, consequências, limitações e benefícios da telemedicina. Você entende os riscos inerentes associados ao uso de meios eletrônicos e de telecomunicação, bem como o potencial de falhas tecnológicas. Você teve a oportunidade de fazer perguntas sobre estas informações, e todas as dúvidas foram esclarecidas. Você compreende as informações escritas fornecidas acima. Você está optando por se inscrever nos serviços da Hazel Health voluntariamente e não está sendo obrigado(a) a utilizar este programa.

8 . AVISO AO CLIENTE SOBRE RECLAMAÇÕES.

- a.** Residentes da Califórnia: O Conselho de Ciências do Comportamento (Board of Behavioral Sciences) recebe e responde a reclamações relacionadas aos serviços prestados dentro do escopo de atuação de terapeutas matrimoniais e familiares. Você pode entrar em contato com o conselho online em www.bbs.ca.gov, ou pelo telefone (916) 574-7830.
- b.** Residentes do Texas: Reclamações sobre médicos, bem como outros profissionais licenciados e registrados pelo Conselho Médico do Texas (Texas Medical Board), incluindo assistentes médicos, acupunturistas e assistentes cirúrgicos, podem ser encaminhadas para investigação no seguinte endereço: Texas Medical Board, Attention: Investigations, 333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610, P.O. Box 2018, MC-263, Austin, Texas 78768-2018. Assistência para registrar uma reclamação está disponível pelo telefone: 1-800-201-9353. Para mais informações, acesse o site www.tmb.state.tx.us.

9 . MAIORIDADE, MENOR EMANCIPADO OU MENOR DESACOMPANHADO.

- a.** Se você está assinando este formulário como menor de idade em seu próprio nome, você declara e garante que é um menor emancipado na Califórnia, conforme definido pela Lei de Emancipação de Menores (Divisão 11, Parte 6, Capítulo 1, Seção 7000), um menor desacompanhado conforme a legislação da Califórnia, ou que já atingiu a idade de maioridade no estado da Califórnia, ou que possui outra autoridade legal conforme a legislação estadual e tem capacidade para assinar este consentimento.
- b.** Todos os outros estados: Se você está assinando este formulário como menor de idade em seu próprio nome, você declara e garante que é um menor emancipado no estado em que reside, um menor desacompanhado conforme a legislação do seu estado, ou que possui autoridade legal conforme a legislação estadual e tem capacidade para assinar este consentimento.

Aviso sobre as Práticas de Privacidade – Entidade Coberta Afiliada aos Serviços de Saúde Hazel.

Para fins deste Aviso, quando nos referimos a "você" ou "seu/sua", estamos nos referindo a você como paciente ou a você como responsável por fornecer informações sobre um paciente menor de idade.

ESTE AVISO DESCREVE COMO AS INFORMAÇÕES MÉDICAS SOBRE VOCÊ PODEM SER USADAS E DIVULGADAS E COMO VOCÊ PODE TER ACESSO A ESSAS INFORMAÇÕES. POR FAVOR, LEIA COM ATENÇÃO.

Este Aviso de Práticas de Privacidade ("Aviso") descreve como a Telehealth Services USA ou a Telehealth Services South, operando sob o nome Hazel Health Services, e os membros de sua Entidade Coberta Afiliada (coletivamente "nós" ou "nosso") podem usar e divulgar suas informações de saúde protegidas para fins de tratamento, pagamento ou operações administrativas, bem como para outros propósitos permitidos ou exigidos por lei. Uma Entidade Coberta Afiliada é um grupo de prestadores de serviços de saúde sob propriedade ou controle comum que se designa como uma única entidade para fins de conformidade com a Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguros de Saúde ("HIPAA"). Os membros da Entidade Coberta Afiliada da Hazel Health Services compartilharão informações de saúde protegidas entre si para fins de tratamento, pagamento e operações de saúde da entidade, conforme permitido pela HIPAA e por este Aviso de Práticas de Privacidade. Para obter uma lista completa dos membros da Entidade Coberta Afiliada da Hazel Health Services, entre em contato com o Escritório de Privacidade da Hazel Health Services.

"Informações de saúde protegidas" ou "PHI" são informações sobre você, incluindo dados demográficos, que podem identificá-lo(a) e que se relacionam à sua saúde física passada, presente ou futura, ao tratamento recebido ou ao pagamento por serviços de saúde. Este Aviso também descreve seus direitos de acesso e controle sobre suas informações de saúde protegidas.

USOS E DIVULGAÇÕES DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS:

Suas informações de saúde protegidas podem ser utilizadas e divulgadas por nossos profissionais de saúde, nossa equipe e por terceiros fora de nosso escritório que estejam envolvidos em seu cuidado e tratamento, com o objetivo de prestar serviços de saúde a você, apoiar nossas operações administrativas, obter pagamento pelo seu atendimento e para qualquer outro uso autorizado ou exigido por lei.

TRATAMENTO:

Usaremos e divulgaremos suas informações de saúde protegidas para fornecer, coordenar ou gerenciar seu atendimento médico e quaisquer serviços relacionados. Isso inclui a coordenação ou gestão do seu cuidado com terceiros. Por exemplo, suas informações de saúde protegidas podem ser fornecidas a um profissional de saúde para o qual você foi encaminhado(a), a fim de garantir que as informações necessárias estejam disponíveis para diagnóstico ou tratamento.

PAGAMENTO:

Suas informações de saúde protegidas podem ser utilizadas para faturar ou obter pagamento pelos serviços de saúde prestados a você. Isso pode incluir certas atividades realizadas pelo seu plano de saúde antes de aprovar ou pagar pelos serviços, como: determinação de elegibilidade ou cobertura dos benefícios do plano e revisão dos serviços prestados para verificar a necessidade médica.

OPERAÇÕES DE SAÚDE:

Podemos usar ou divulgar, conforme necessário, suas informações de saúde protegidas para apoiar as atividades administrativas deste serviço. Essas atividades incluem, mas não se limitam à melhoria da qualidade do atendimento; fornecimento de informações sobre alternativas de tratamento ou outros benefícios e serviços relacionados à saúde; desenvolvimento, manutenção e suporte de sistemas computacionais; serviços jurídicos; e realização de auditorias e programas de conformidade, incluindo investigações sobre fraude, desperdício e abuso.

USOS E DIVULGAÇÕES QUE NÃO EXIGEM SUA AUTORIZAÇÃO:

Podemos usar ou divulgar suas informações de saúde protegidas nas seguintes situações sem a sua autorização. Essas situações incluem os seguintes usos e divulgações: conforme exigido por lei; para fins de saúde pública; para fins de supervisão dos cuidados de saúde; para relato de abuso ou negligência; conforme exigências da Administração de Alimentos e Medicamentos (FDA); em conexão com processos legais; para fins de aplicação da lei; para médicos legistas, diretores funerários e agências de doação de órgãos; para determinados fins de pesquisa; para certas atividades criminosas; para determinadas atividades militares e de segurança nacional; para relatórios de compensação de trabalhadores; relacionados a determinados relatórios de detentos; e outros usos e divulgações exigidos. De acordo com a lei, devemos fazer certas divulgações a você mediante solicitação, e quando exigido pelo Secretário do Departamento de Saúde e Serviços Humanos para investigar ou determinar nossa conformidade com os requisitos da Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguro de Saúde (HIPAA). As leis estaduais podem impor restrições adicionais a essas divulgações.

USOS E DIVULGAÇÕES QUE EXIGEM SUA AUTORIZAÇÃO:

Outros usos e divulgações permitidos e exigidos serão realizados apenas com seu consentimento, autorização ou oportunidade de objeção, a menos que sejam permitidos ou exigidos por lei. Sem sua autorização, estamos expressamente proibidos de usar ou divulgar suas informações de saúde protegidas para fins de marketing. Não podemos vender suas informações de saúde protegidas sem sua autorização. Suas informações de saúde protegidas não serão utilizadas para arrecadação de fundos. Se você nos fornecer uma autorização para determinados usos e divulgações de suas informações, poderá revogar essa autorização a qualquer momento, por escrito, exceto na medida em que tenhamos tomado alguma ação com base no uso ou divulgação indicada na autorização.

SEUS DIREITOS EM RELAÇÃO ÀS SUAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS:

Você tem o direito de inspecionar e obter cópias de suas informações de saúde protegidas.

Você pode solicitar acesso ou uma alteração em suas informações de saúde protegidas.

Você tem o direito de solicitar uma restrição sobre o uso ou divulgação de suas informações de saúde protegidas/pessoais. Sua solicitação deve ser feita por escrito e indicar a restrição específica desejada e a quem você deseja que essa restrição se aplique. Não somos obrigados a aceitar uma restrição que você possa solicitar, exceto se a restrição solicitada for sobre a divulgação a um plano de saúde para fins de pagamento ou operações de assistência médica em relação a um serviço que tenha sido pago integralmente de forma particular.

Você tem o direito de solicitar o recebimento de comunicações confidenciais por meios alternativos ou em local alternativo. Cumpriremos todas as solicitações razoáveis feitas por escrito que especifiquem como ou onde você deseja receber essas comunicações.

Você tem o direito de solicitar uma alteração nas suas informações de saúde protegidas. Se negarmos sua solicitação de alteração, você tem o direito de apresentar uma declaração de discordância. Podemos preparar uma refutação à sua declaração e forneceremos uma cópia de qualquer refutação feita.

Você tem o direito de receber um registro de determinadas divulgações de suas informações de saúde protegidas que tenhamos feito, em formato papel ou eletrônico, exceto por certas divulgações realizadas mediante autorização, para fins de tratamento, pagamento, operações de saúde (a menos que as informações sejam mantidas em um prontuário eletrônico de saúde) ou para determinados outros propósitos.

Você tem o direito de obter uma cópia impressa deste Aviso, mediante solicitação, mesmo que anteriormente tenha optado por recebê-lo eletronicamente por e-mail.

Por favor, entre em contato com privacy@hazel.co para solicitar qualquer um dos itens mencionados acima.

REVISÕES DESTE AVISO:

Reservamo-nos o direito de revisar este Aviso e de tornar a versão revisada válida para as informações de saúde protegidas que já possuímos sobre você, bem como para quaisquer informações que venhamos a receber no futuro. Você tem direito a uma cópia do Aviso atualmente em vigor. Quaisquer alterações significativas neste Aviso serão publicadas em nosso site.

VIOLAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE:

Nós o notificaremos caso seja descoberta uma violação notificável das suas informações de saúde protegidas não seguras. A notificação será feita em até 60 dias após a descoberta da violação e incluirá uma breve descrição de como ela ocorreu, quais informações de saúde protegidas foram envolvidas e informações de contato para que você possa tirar dúvidas.

RECLAMAÇÕES:

Reclamações sobre este Aviso ou sobre como lidamos com suas informações de saúde protegidas devem ser direcionadas ao nosso Responsável pela Privacidade HIPAA pelo e-mail privacy@hazel.co. Se você não estiver satisfeito com a forma como uma reclamação foi tratada, poderá apresentar uma queixa formal ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, Escritório de Direitos Cívicos, enviando uma carta para 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, ligando para 1-877-696-6775 ou acessando www.hhs.gov. Não tomaremos represálias contra você por apresentar uma reclamação.

Devemos seguir as obrigações e práticas de privacidade descritas neste Aviso. Manteremos a privacidade de suas informações de saúde protegidas e notificaremos os indivíduos afetados em caso de violação de informações de saúde protegidas não seguras. Se você tiver alguma dúvida sobre este Aviso, entre em contato conosco pelo telefone (415) 424-4266 e solicite falar com nosso Responsável pela Privacidade HIPAA ou envie um e-mail para privacy@hazel.co.

Formulário de Exclusão de Materiais de Leitura da Biblioteca de 2025/2026 (Todas as Séries)

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA
LIBRARY MEDIA SERVICES

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DE MATERIAIS DE LEITURA DA BIBLIOTECA

Como pai ou mãe, o(a) senhor(a) tem sempre o direito de recusar qualquer material da biblioteca para seu(sua) filho(a). Favor preencher o Formulário de Exclusão.

Após o envio:

- A conta da biblioteca de seu(sua) filho(a) será atualizada em nosso Sistema de Gerenciamento de Bibliotecas Destiny.
- Reforçamos a importância de conversar com seu(sua) filho(a) sobre essa decisão para garantir que ele(a) esteja ciente antes de visitar a biblioteca.

Nosso objetivo é tornar esse processo simples e respeitar suas preferências. Entre em contato com o diretor da escola se tiver alguma dúvida ou precisar de mais informações.

_____ Permitirei que meu(minha) filho(a) retire materiais da biblioteca.

_____ **NÃO** permitirei que meu(minha) filho(a) retire materiais da biblioteca.

Nome do(a) Estudante (letra de forma)

Assinatura, Data

Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável (letra de forma)

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável, Data

Questionário sobre Moradia Estudantil (SHQ) 2025/2026 (Todas as Séries)



Tel #: (754) 321-1566



QUESTIONÁRIO SOBRE MORADIA DO ESTUDANTE (SHQ)

ATENÇÃO pais, cuidadores e jovens desacompanhados (que não moram com o pai/mãe ou responsável legal): O objetivo deste questionário é ajudar a identificar crianças e jovens em idade escolar que estejam passando por instabilidade habitacional e **que não tenham uma residência noturna fixa, regular e adequada**, conforme definido no subtítulo VII-B da Lei McKinney-Vento de Assistência a Desabrigados (42 U.S.C. 11431 et seq.). De acordo com esse regulamento federal, as Escolas Públicas do Condado de Broward são responsáveis pela eliminação de barreiras sistêmicas à educação de estudantes que não tenham moradia, implementando as disposições da lei por meio da Equipe de Recursos de Assistência Educacional para Desabrigados (Homeless Education Assistance Resource Team, HEART).

INSTRUÇÕES: SÓ PREENCHA ESTE QUESTIONÁRIO SE NÃO FOR PROPRIETÁRIO OU LOCATÁRIO DE UM IMÓVEL ALUGADO

Ao preencher este questionário, seu(s) filho(s) em idade escolar (ou jovem desacompanhado e desabrigado) pode(m) se qualificar para serviços e recursos da McKinney-Vento por meio do programa HEART, para ajudá-lo(s) a garantir sua estabilidade educacional.

ENTREGUE ESTE FORMULÁRIO À(S) ESCOLA(S) DE SEU(S) FILHO(S) SEM DEMORA!

1. COM QUEM O(S) ESTUDANTE(S) MORA(M)?

- Pai/Mãe
 Responsável legal
 Adulto (maior de 18 anos) que está cuidando do(s) estudante(s), que no momento está(ão) impossibilitado(s) de morar com os pais ou responsável legal*
 Sou um **jovem desacompanhado**. Não moro nem com meus pais, nem com um responsável legal atualmente.

***IMPORTANTE: Entre em contato com a escola do estudante para preencher o Formulário de Autorização de Cuidador do Programa HEART (HEART Caregiver Authorization Form).**

2. RESIDO ATUALMENTE EM UMA DAS RESIDÊNCIAS NOTURNAS LISTADAS ABAIXO COM MEU(S) FILHO(S)/ESTUDANTE(S) EM IDADE ESCOLAR:

- Em um abrigo de emergência ou provisório, ou abandonado em um hospital (A)
 Dividindo moradia com um membro da família ou amigo (compartilhando moradia), devido à perda de moradia, dificuldades econômicas, ou motivo semelhante (B)
 Em um veículo, parque, estacionamento temporário de trailers ou área de camping devido à falta de acomodações alternativas adequadas; espaços públicos, prédio abandonado, moradia precária; estação de ônibus ou de trem, local público ou privado que não foi projetado ou não é normalmente usado como alojamento normal para seres humanos, ou ambiente semelhante (D)
 Em um hotel ou motel, por falta de acomodação alternativa adequada devido à perda de moradia, dificuldades econômicas, ou motivo semelhante (E)
*** Assinale uma opção:** hotel ou motel pago por conta própria
 hotel ou motel pago por uma agência ou organização de assistência social

3. O QUE LEVOU VOCÊ E SEU(S) FILHO(S), OU JOVEM DESACOMPANHADO, A MORAR EM SUA RESIDÊNCIA NOTURNA ATUAL?

- Desastre causado por humanos (D) Motivo desconhecido (U) Pandemia (P)
 Inundação (F) Terremoto (E) Tornado (T)
 Execução hipotecária (M) Furacão (H) Incêndio florestal (W)
 Tempestade tropical (S)
 Outra causa do desabrigo: falta de moradia a preço acessível, pobreza de longa duração, desemprego ou subemprego, violência doméstica, despejo, etc. (N)

FAVOR PREENCHER AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS ABAIXO DE TODOS OS MENORES EM IDADE ESCOLAR (PRÉ-K à 12ª SÉRIE) MATRICULADOS OU COM MATRÍCULA PENDENTE EM UMA ESCOLA PÚBLICA OU CHARTER DO CONDADO DE BROWARD, FL. CASO TIVER FILHOS MATRICULADOS EM VÁRIAS ESCOLAS, FAVOR PREENCHER UM QUESTIONÁRIO POR ESCOLA.

Nome Completo do(a) Estudante (Nome, Inicial do Meio e Sobrenome)	Nº da Identidade Estudantil	M/F	Data de Nasc. (mm/dd/aaaa)	Série	Escola Atual

4. O ESTATUTO DA FLÓRIDA 837.06 ESTABELECE QUE, O INDIVÍDUO QUE CONSCIENTEMENTE FIZER UMA DECLARAÇÃO FALSA POR ESCRITO COM A INTENÇÃO DE ENGANAR UM SERVIDOR PÚBLICO NO CUMPRIMENTO DE SEU DEVER OFICIAL SERÁ CULPADO DE DELITO DE SEGUNDO GRAU.

Ao assinar abaixo, atesto que os dados fornecidos são corretos e verdadeiros:

Nome completo do pai/mãe/responsável	Relação com o(s) estudante(s)	Assinatura	Data
Endereço atual do(s) estudante(s)	Cidade, Estado, CEP	Endereço anterior do(s) estudante(s)	Cidade, Estado, CEP
Tempo de residência no endereço atual	Telefone	E-mail	

- Recebi autorização do(a) pai, mãe, responsável, cuidador ou jovem desacompanhado(a) e desabrigado(a) acima citado(a), para preencher o formulário SHQ em nome do(s) estudante(s) acima identificado(s).**

Nome da pessoa preenchendo este formulário

Assinatura

Cargo/Organização

+ Marque um "X" na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta. +

8. Seu filho lhe pediu permissão para caminhar ou ir de bicicleta para a escola no ano passado? Sim Não

9. Em que nível escolar você permitiria que seu filho(a) caminhasse ou fosse de bicicleta para a escola sem a companhia de uma pessoa adulta?
(Selecione série escolar entre PK, K, 1, 2, 3 ...) série (ou) Eu não me sentiria seguro em nenhum nível escolar

+ Marque um "X" na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta. +

10. Quais dos seguintes fatores influenciou sua decisão de permitir, ou não permitir, que seu filho(a) fosse/voltasse da escola a pé ou de bicicleta?
(Selecione uma opção por linha, marque a caixa com um X)

Distância	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não tenho certeza
Conveniência de dirigir	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não tenho certeza
Horário	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não tenho certeza
Atividades do meu filho(a) antes ou após o horário escolar	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não tenho certeza
Velocidade do tráfego ao longo da rota	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não tenho certeza
Volume do tráfego ao longo da rota	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não tenho certeza
Adultos que podem acompanhar na caminhada ou de bicicleta	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não tenho certeza
Segurança dos cruzamentos e travessias	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não tenho certeza
Guardas de travessia escolar	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não tenho certeza
Violência ou crime	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não tenho certeza
Tempo ou clima	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não tenho certeza

11. Você deixaria seu filho ir/voltar da escola a pé ou de bicicleta se esse problema fosse resolvido ou melhorado? (Selecione uma opção, marque a caixa com um X)
 Meu filho já vai/volta da escola a pé ou de bicicleta Sim Não Não tenho certeza

+ Marque um "X" na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta. +

12. Na sua opinião, até que ponto a escola do seu filho(a) incentiva ou desaconselha ir e voltar da escola a pé e de bicicleta?
 Incentiva totalmente Incentiva Neutra Desaconselha Desaconselha totalmente

13. Até que ponto seu filho(a) acha divertido ir/voltar da escola a pé ou de bicicleta?
 Muito divertido Divertido Neutro Entediante Muito entediante

14. Até que ponto seu filho(a) acha saudável ir/voltar da escola a pé ou de bicicleta?
 Muito saudável Saudável Neutro Pouco saudável Nada saudável

+ Marque um "X" na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta. +

15. Qual é o seu nível de escolaridade?
 1ª à 8ª série (Ensino fundamental) 1 a 3 anos de faculdade (Faculdade ou escola técnica incompleta)
 9ª à 11ª série (Ensino médio incompleto) 4 anos de faculdade ou mais (Formado da faculdade)
 12ª série ou GED (Formado do ensino médio) Prefiro não responder

16. Adicione comentários abaixo.

Exclusão da Pesquisa de Estudantes sobre Competências para a Vida e Bem-Estar de 2025/2026 (4ª-12ª Série)

Formulário de Exclusão da Pesquisa de Estudantes sobre Competências para a Vida e Bem-Estar (LSW)

As Competências para a Vida e Bem-Estar (*Life Skills and Wellness/LSW*) aumentam a confiança e contribuem para a saúde mental e emocional, capacitando os estudantes a superar desafios e ter êxito ao se prepararem para o mercado de trabalho atual. Como parte do Plano de Melhoria Escolar (SIP) do Distrito, a iniciativa LSW promove serviços de apoio centrados no estudante como um todo, ajudando-os a alcançar o sucesso acadêmico e, ao mesmo tempo, desenvolver habilidades de empregabilidade e resiliência. Visando direcionar o ensino efetivo de LSW, o Distrito realizará uma breve pesquisa no outono e na primavera. Os dados coletados serão usados exclusivamente pela equipe autorizada da BCPS para orientar as atividades escolares e fornecer serviços personalizados de LSW para os estudantes. Mais especificamente, o tipo de dados formativos coletados se concentrará em autoconsciência, autogestão, habilidades de relacionamento, tomada de decisões e resiliência.

Para saber mais sobre a Pesquisa de LSW para estudantes da 4ª à 12ª série, visite o site [LSW do Distrito](#) ou agende uma reunião com o contato LSW de sua escola. Outros recursos e estratégias para pais sobre como incorporar LSW em casa podem ser encontrados em nossa página de [Recursos de LSW para Famílias e Estudantes](#).

A SER PREENCHIDO PELO PAI/MÃE/RESPONSÁVEL

Seu/sua filho(a) será automaticamente registrado para participar das pesquisas LSW do outono e primavera. **Somente será necessário preencher este formulário se o(a) senhor(a) optar por não participar das pesquisas de LSW. Para optar pela não participação, assinale essa opção, preencha os dados abaixo, assine o formulário e envie-o à escola de seu/sua filho(a) no prazo de 10 dias a partir do primeiro dia de matrícula na escola.** A não devolução deste formulário indica que seu/sua filho(a) tem permissão para participar das pesquisas de LSW.

_____ **NÃO** desejo que meu/minha filho(a) participe das pesquisas de LSW do outono e primavera para estudantes.

Nome do(a) Estudante: _____

Data de Nascimento: _____ Série: _____ N° Estudantil: _____

Nome da Escola: _____

Nome do Pai/Mãe/Responsável: _____

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

A Política SBBC 5090 do Código de Conduta do Estudante estabelece as políticas do Distrito para os estudantes das Escolas Públicas do Condado de Broward. As normas se aplicam a todas as atividades que ocorrem em dependências escolares, em outros locais sendo usados para atividades escolares, e em todos os veículos autorizados a transportar estudantes. A sua assinatura abaixo não indica que o(a) senhor(a) concorda ou discorda das normas, **mas apenas que examinou a cópia eletrônica destas normas** (<http://www.browardschools.com/codeofconduct>). Entregue este formulário à escola no prazo de 3 dias a partir do primeiro dia de aula, ou da data de matrícula. Se preferir preencher todos os formulários necessários por via eletrônica, acesse o pacote de informações de Volta às Aulas (Back to School Toolkit) no Portal de Pais no Focus.

Os pais precisam estar envolvidos na educação de seus filhos e têm a responsabilidade de:

- Estar cientes de que, por questões de segurança, não é da responsabilidade das escolas fornecer supervisão além dos 30 minutos anteriores ao horário oficial de início de aula, e nem fornecer supervisão além dos 30 minutos após o horário oficial de conclusão de aulas (F.S. §1003.31 (2)).
- Estar cientes de que, por questões de segurança, no caso de estudantes que utilizam o serviço de ônibus escolar, os motoristas NÃO estão autorizados a permitir que os estudantes desçam do ônibus fora de suas paradas designadas.
- Fornecer à escola os nomes dos contatos de emergência e/ou números de telefone atualizados anualmente ou se houver mudanças.
- Comunicar à escola qualquer fato que possa afetar a habilidade de aprendizagem do estudante, de frequentar a escola regularmente, ou de tomar parte em atividades escolares.
- Estar cientes de que as medicações devem ser administradas de acordo com as Políticas SBBC 6305 e 6305.1, conforme emenda, e que as consequências da transmissão e/ou venda ou tentativa de venda de medicamentos de venda livre, e a posse e/ou uso de medicamentos não autorizados podem ser encontradas na Política SBBC 5100. A Política SBBC 6305 descreve as normas referentes a medicamentos de venda livre ou de prescrição médica e a Política SBBC 5100 descreve as consequências das infrações destas normas. As políticas completas sobre saúde e suspensão e/ou expulsão, bem como todas as políticas do Conselho Escolar, podem ser acessadas no site: <https://www.browardschools.com/school-board/school-board-policies>.
- Estar cientes de que os pais têm direitos com relação à privacidade e confidencialidade dos registros estudantis mantidos pelas escolas, conforme definido na Seção XI deste livreto.
- Estar cientes de que nem o Conselho Escolar, nem seus funcionários, serão responsabilizados por itens proibidos que são perdidos, roubados ou confiscados; ou por dispositivos de comunicação sem fio ou outros itens de tecnologia pessoal que são perdidos, roubados ou confiscados.
- Estar cientes de que itens confiscados não retirados até o final do ano letivo serão doados a instituições de caridade locais.
- Estar cientes de que são responsáveis pela conduta de seus filhos no caminho de ida e de volta da escola e nas paradas de ônibus. A existência de um ambiente de aprendizagem seguro e respeitoso é essencial para o bom desempenho acadêmico; por esta razão, toda conduta estudantil fora do campus escolar, que afete gravemente a sua habilidade de aprendizagem, ou a habilidade do membro da equipe escolar de ensinar, pode ser considerada uma infração disciplinária. Em casos de incidentes graves que ocorram em paradas de ônibus e/ou em propriedades não pertencentes ao Conselho Escolar, os pais devem entrar em contato direto com a polícia. Em casos de ocorrências de intimidação sistêmica (ver definição de bullying na Seção V), as autoridades escolares devem ser informadas, as quais irão investigar e/ou fornecer assistência e intervenção, conforme o diretor/designado decidir apropriado, o que pode incluir o envolvimento do policial da escola (School Resource Officer).
- Certificar-se de que seus filhos demonstrem o uso legal, ético e responsável de tecnologia, incluindo redes, recursos digitais, internet e programas de software, conforme definido na Seção VII deste livreto.
- Os pais continuarão a manter a responsabilidade pelos estudantes até que atinjam a maioridade (18 anos de idade ou mais), para todos os fins educacionais e disciplinares, com certas exceções estipuladas pelo estatuto.

Observação: As opções selecionadas pelos pais em cada formulário do Código de Conduta do Estudante estarão em vigor até que um novo formulário seja entregue.

Nome do(a) Estudante (letra de forma)

Assinatura do(a) Estudante

Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável (letra de forma)

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável

Data