

ONDE O APRENDIZADO GANHA VIDA!

“Nas Escolas Públicas de Amesbury, temos um compromisso incondicional com o crescimento de cada criança. Ao criar um ambiente seguro, acolhedor e inclusivo que proporciona experiências de aprendizagem dinâmicas, uma equipe da mais alta qualidade e uma comunidade vitalmente envolvida, cada criança vivencia o sucesso.

PROCESSO DE INSCRIÇÃO ESCOLAR:

1. Preencha o Pacote de Inscrição em anexo
2. Reúna a documentação necessária listada na "Lista de Verificação de Inscrição".
3. Devolva toda a papelada ao Secretário Central da Amesbury High School, 5 Highland St. Informações de contato abaixo.
4. A escola do seu filho entrará em contato para fornecer as tarefas/horários das aulas e informações adicionais

☎ 978-388-0531

✉ Julie.Hartshorn@amesburyma.org

📍 5 Highland St. Amesbury, MA

🌐 www.schools.amesburyma.gov

TRANSPORTE:



Se você mora a 3 km ou mais da escola, cursa do jardim de infância ao 6º ano e mora em Amesbury, o transporte escolar é gratuito. Se você mora mais perto, cursa do 7º ao 12º ano e mora em Amesbury, o transporte escolar é pago. Após a conclusão da inscrição, você pode se inscrever em nosso site.



Portuguese



Lista de verificação para pais/responsáveis ao registrar um novo aluno

Nome do aluno: _____

Data de nascimento: _____ Nível de escolaridade: _____ Ano escolar: _____

- Pacote de inscrição concluído
- Comprovante de identidade do pai/responsável - Carteira de habilitação válida/documento de identidade original/documento de identidade com foto/passaporte
(Pode ser necessário comprovante de guarda - a tutela legal exige documentação adicional de um tribunal ou órgão)
- Certidão de nascimento original - o certificado original NÃO será retido pelo distrito
- Registros médicos - incluindo comprovante de imunizações atualizadas e um exame físico recente
- Comprovante de residência OU carta de aceitação da escola escolhida (veja abaixo os documentos aceitos para comprovar residência, que devem ser pré-impresos com o nome e endereço do pai/responsável)

Você deve fornecer **UM** dos seguintes documentos para comprovar residência:


- Escritura do imóvel ou Pagamento da hipoteca atual ou IPTU
- Contrato de compra e venda totalmente assinado e executado (a data de ocupação deve ser dentro de 30 dias da data da matrícula)
- Carta autenticada da construtora ou corretora de imóveis

Você **TAMBÉM** deve fornecer **DOIS** dos seguintes documentos para comprovar a ocupação:

- Conta de telefone fixo com data inferior a 60 dias
- Conta de gás/óleo com data inferior a 60 dias
- Conta de luz com data inferior a 60 dias
- Conta de TV a cabo/internet com data inferior a 60 dias
- Conta de água
- Extrato bancário com data inferior a 60 dias
- Registro de eleitor da Prefeitura
- Contracheque com data inferior a 30 dias

Dados do Aluno

Portuguese

	Nome legal do aluno: _____	Data de Nascimento: _____
	Nome preferido: _____	Nível Escolar: _____
	Legal middle name (if none write "none"): _____	Sexo: _____
Sobrenome legal: _____	Pronomes Preferenciais: _____	Local de Nascimento: _____
Street Address: _____	Cidade: _____ Estado: _____	(Cidade) _____ (Estado) _____
Última escola frequentada: _____	Cidade/Estado: _____	(País) _____
Quem tem a guarda legal deste aluno? <input type="checkbox"/> Ambos os pais <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Responsável <input type="checkbox"/> Outro (explique): _____ Com quem o aluno mora? <input type="checkbox"/> Ambos os pais <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Responsável legal		Nome(s) dos irmãos/Datas de nascimento: _____

Serviços Especiais

O aluno está acessando o currículo com o auxílio de algum dos seguintes recursos?

Plano Educacional Individualizado (IEP)
 Plano 504
 Serviços de Língua Inglesa
 Título 1
 Outros _____
 Nenhum

Etnia e raça:

Origem étnica: Não, não hispânico ou latino Sim, hispânico ou latino: uma pessoa de origem cubana, mexicana, chicana, porto-riquenha, sul ou centro-americana, ou outra cultura ou origem espanhola, independentemente da raça

Raça (você pode selecionar uma ou mais raças):

Branco: uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originários da Europa, Oriente Médio ou Norte da África
 Negro ou afro-americano: uma pessoa com origem em qualquer um dos grupos raciais negros da África
 Índio americano ou nativo do Alasca: uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originários da América do Norte e do Sul (incluindo a América Central) e que mantém afiliação tribal ou vínculo comunitário
 Asiático: uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originários do Extremo Oriente, Sudeste Asiático ou do subcontinente indiano, incluindo, por exemplo, Camboja, China, Índia, Japão, Coreia, Malásia, Paquistão, Filipinas, Tailândia e Vietnã
 Nativo havaiano ou de outras ilhas do Pacífico: uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originários do Havaí, Guam, Samoa ou outras ilhas do Pacífico

Informações para pais/responsáveis:

Pai/Responsável nº 1: Nome: _____ Endereço: _____ Parentesco: _____ Telefone principal: _____ E-mail: _____	Pai/Responsável nº2: Nome: _____ Endereço: _____ Parentesco: _____ Telefone principal: _____ E-mail: _____
--	---

As respostas que você fornecer às seguintes perguntas nos ajudarão a determinar se você ou sua família podem ser elegíveis para serviços suplementares e/ou inscrição imediata

<p>Onde o aluno está morando atualmente?: (Marque UMA opção)</p> <p> <input type="checkbox"/> Em moradia permanente <input type="checkbox"/> Em um abrigo <input type="checkbox"/> Com outra família ou pessoa (às vezes chamado de "alojamento duplo") <input type="checkbox"/> Em um hotel/motel <input type="checkbox"/> Em um carro, estacionamento, ônibus, trem ou acampamento <input type="checkbox"/> Outra situação de moradia temporária (descreva): _____ </p> <p>Situação Familiar Militar - Alunos filhos de:</p> <p> <input type="checkbox"/> Membros da ativa das Forças Armadas, Guarda Nacional e Reserva em serviço ativo <input type="checkbox"/> Membros ou veteranos que são dispensados por motivos médicos ou aposentados há menos de um ano <input type="checkbox"/> Membros que falecem em serviço ativo </p>	<p>Nos últimos 3 anos, você ou alguém com quem você morou:</p> <p>Mudou-se de uma cidade ou país para outra? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Trabalhou ou procurou emprego em alguma das seguintes áreas? Marque se sim:</p> <p> <input type="checkbox"/> Processamento de Peixes/Frutos do Mar <input type="checkbox"/> Trabalho em Fazendas (incluindo tabaco) <input type="checkbox"/> Processamento de Vegetais/Frutas/Carnes <input type="checkbox"/> Indústria de Laticínios <input type="checkbox"/> Viveiro de Plantas </p>
---	--

Assinatura do pai/responsável: _____ Data _____



Informações de contato de emergência

Nome do Aluno: _____
(Primeiro) (Meio) (Sobrenome) (Data de nascimento)

Quem tem a guarda legal deste aluno? Ambos os pais Mãe Pai Outro (por favor, explique): _____

Por favor, inclua os pais e/ou responsáveis do aluno

Contato de Emergência 1

Contato de Emergência 2

Nome: _____	Nome: _____
Parentesco: _____	Parentesco: _____
Endereço: _____	Endereço: _____
Cidade: _____ estado _____	Cidade: _____ estado _____
Telefone residencial: _____ Trabalho: _____	Telefone residencial: _____ Trabalho: _____
Celular: _____	Celular: _____
E-mail principal: _____	E-mail principal: _____
Este contato mora com o aluno? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Este contato mora com o aluno? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Este contato pode buscar o aluno <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Este contato pode buscar o aluno <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Caso os contatos nº 1 e nº 2 não possam ser contatados, liste mais 2 contatos abaixo:

Contato de Emergência 3

Contato de Emergência 4

Nome: _____	Nome: _____
Parentesco: _____	Parentesco: _____
Endereço: _____	Endereço: _____
Cidade: _____ estado _____	Cidade: _____ estado _____
Telefone residencial: _____ Trabalho: _____	Telefone residencial: _____ Trabalho: _____
Celular: _____	Celular: _____
Este contato mora com o aluno? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Este contato mora com o aluno? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Este contato pode buscar o aluno <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Este contato pode buscar o aluno <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Assinatura do Pai/Responsável: _____ Data: _____

AMESBURY PUBLIC SCHOOLS

Where children come first!

Jordan Shay Lower Elementary School
P: 978-388-3659 / F: 978-388-4479

Amesbury Middle School
P: 978-388-0515 / F: 978-388-1626



Cashman Elementary School
P: 978-388-4407 / F: 978-388-4479

Amesbury Innovation High School
P: 978-388-8037 / F: 978-388-8073

Amesbury High School
P: 978-388-4800 / F: 978-388-3393

Solicitação de registros estudantis

Nome do Aluno: _____ Data de Nascimento: _____

Solicitando Registros de: _____
(Nome da escola e nome do distrito escolar)

O aluno acima está matriculado no distrito escolar público de Amesbury. Envie os seguintes registros educacionais:

- Registros Cumulativos
- Registros de Frequência
- Registros Disciplinares
- Registros de Saúde
- Registros de Educação Especial, incluindo IEP, Relatórios de Avaliação e Relatórios de Progresso (se aplicável)
- Plano 504 (se aplicável)

Para alunos do Ensino Médio, inclua também os seguintes registros adicionais:

- Histórico Escolar do Ensino Médio, incluindo uma lista de todas as disciplinas, notas finais e créditos (inclua quaisquer notas de trimestres/semestres não concluídos)
- Resultados do MCAS
- Perfil da Escola

Autorização para Liberação de Registros de Alunos

Matriculei meu filho(a), _____, no distrito escolar público de Amesbury e autorizo você a divulgar todos os registros escolares e de saúde para ele(a).

Assinatura do Pai/Responsável

Data

Nome do pai/responsável (por favor, escreva em letra de forma)

Relação com a criança

Email Records to the Central Registrar:
Julie.Hartshorn@amesburyma.org

Fax Records to:
(978)388-7224

Mail Records to:
Amesbury Public Schools / Student Services
5 Highland Street / Amesbury, MA 01913

Pesquisa de Idiomas

Massachusetts abriga falantes de diversas línguas. Esta Pesquisa de Idiomas nos ajuda a conhecer as habilidades do seu filho em inglês e a oferecer suporte, se necessário, para ajudá-lo a aprender inglês. Responda às perguntas abaixo. Se a sua resposta a qualquer uma das perguntas da SEÇÃO 1 for um idioma diferente do inglês, o distrito escolar aplicará um teste ao seu filho para verificar se ele pode se beneficiar do apoio no idioma inglês.

Se precisar de ajuda para preencher este formulário, peça assistência.

Nome do Aluno: _____

Série: _____

Data Nascimento (mm/dd/aaaa): _____

Nomes dos Pais/Responsáveis1: _____

Nomes dos Pais/Responsáveis2: _____

SEÇÃO 1:

Estas perguntas ajudarão a escola a identificar alunos que possam precisar de apoio em inglês. Se a sua resposta a qualquer uma das perguntas de 1 a 3 for um idioma diferente do inglês, seu filho será avaliado quanto ao uso e à compreensão do inglês para determinar se o apoio em inglês é necessário.

1. Liste o(s) idioma(s) que os pais e/ou responsáveis principais usam para se comunicar com seu filho em casa.

2. Liste o(s) idioma(s) que seu filho usa atualmente para se comunicar com outras pessoas.

3. Liste o(s) idioma(s) que seu filho entendeu e usou pela primeira vez para se comunicar.

SEÇÃO 2:

Serviços de Interpretação e Tradução

Esta seção informará a escola se vocês, pais/responsáveis, precisam de um intérprete ou de documentos traduzidos.

Esta seção é apenas para fins informativos e não é usada para identificar se seu filho precisa de apoio para aprender inglês.

4. Em que idioma(s) sua família prefere receber comunicação escrita da escola?

Pais/Responsáveis 1: _____

Pais/Responsáveis 2: _____

5. Você prefere que a escola providencie um intérprete disponível gratuitamente durante reuniões e ligações telefônicas com a escola sobre seu filho (incluindo Língua Americana de Sinais ou outros tipos de linguagem de sinais)?

Sim Não

Se sim, em qual(is) idioma(s)?

Pais/Responsáveis 1: _____

Pais/Responsáveis 2: _____

SEÇÃO 3 [Opcional]: Educação Anterior

Esta seção fornecerá à escola informações básicas sobre seu filho e sua educação anterior.

Esta seção é opcional e não é usada para identificar se seu filho precisa de suporte para aprender inglês.

6. Por favor, liste o nome e o local da última escola que seu filho frequentou.

Nome da Escola: _____

Cidade/Município: _____ País: _____

7. Há quantos anos seu filho frequenta a escola nos Estados Unidos? (começando pelo jardim de infância) _____ Por favor, informe a data em que seu filho começou a frequentar a escola nos Estados Unidos, se souber (mm/aaaa): _____

8. Seu filho já frequentou escola fora dos Estados Unidos?

Sim Não Não estou certo

Se sim, por quantos anos? _____ Em que idioma(s) seu filho aprendeu enquanto frequentava a escola fora dos Estados Unidos? _____

Qual foi a última série em que seu filho se matriculou ou concluiu? _____

9. Seu filho já recebeu apoio para melhorar o inglês em escolas dos Estados Unidos?

Sim Não Não estou certo

10. Há algo mais que você acha importante que a escola saiba sobre seu filho? (por exemplo, interesses especiais, talentos ou preocupações que você tem sobre a experiência do seu filho na escola?)

Nomes dos Pais/Responsáveis: _____

Assinatura dos Pais/Responsáveis: _____

Data (mm/dd/aaaa): _____

AMESBURY PUBLIC SCHOOLS

Where children come first!

Jordan Shay Lower Elementary School
P: 978-388-3659 / F: 978-388-4479

Amesbury Middle School
P: 978-388-0515 / F: 978-388-1626



Cashman Elementary School
P: 978-388-4407 / F: 978-388-4479

Amesbury Innovation High School
P: 978-388-8037 / F: 978-388-8073

Amesbury High School
P: 978-388-4800 / F: 978-388-3393

Informações sobre a fotografia do seu filho



Temos muito orgulho das conquistas dos alunos e gostamos de compartilhar essas notícias com a comunidade. Pode haver momentos ao longo do ano letivo em que fotos sejam tiradas e compartilhadas online, no jornal ou publicadas em nosso site.

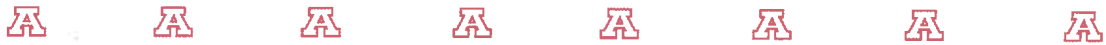
Preencha este formulário SOMENTE se você NÃO quiser que a foto do seu filho seja usada online ou compartilhada com o jornal

NÃO quero que o nome/foto do meu filho seja publicado no jornal ou online.
Entendo que a única exceção será para o anuário.

Nome da criança: _____ Número da série: ____ D.N. _____

Nome do pai/responsável (por favor, em letra de forma): _____

Assinatura do pai/responsável: _____ Data: _____



Escolas Públicas de Amesbury - Informações de saúde do aluno

INSTRUÇÕES: Pais/responsáveis, por favor, preencha todas as áreas (imprima), marque as caixas apropriadas, assinse e coloque a data

Nome legal do aluno: Sobrenome:	Primeiro:	Meio:
Endereço do Aluno:	Cidade:	Estado:
Os alunos moram com os pais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, forneça o nome/parentesco do Responsável: _____	Telefone residencial do aluno:	Data de nascimento:
A criança está coberta por: <input type="checkbox"/> Seguro de saúde privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Nenhum (entre em contato com a enfermeira da escola para obter informações sobre planos de saúde patrocinados pelo estado para crianças sem seguro)	Sexo: <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Fêmea	Nome(s) dos irmãos e série(s) que frequentam a APS:

Informações de contato e emergência

	Telefone residencial	Trabalho	Celular	Coleta Autorizada	Custódia legal
Nome do Pai/Responsável no 1: E-mail: _____				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Nome do Pai/Responsável no 2: E-mail: _____				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Nome de contato de emergência: (Se o pai/responsável não puder ser contatado)				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Permissão de Medicação

Medicamentos de venda livre Os seguintes medicamentos de venda livre foram aprovados para uso pelo médico da escola: Tylenol, ibuprofeno, pomada de bacitracina, loção de caladryl, comprimidos antiácidos, solução de contato e Benadryl. Dou permissão à enfermeira da escola para administrar os medicamentos acima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	KI (iodeto de Potássio) No caso de uma emergência nuclear, meu filho pode receber iodeto de potássio (veja o verso para mais informações) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--

Informação médica

Os medicamentos necessários durante o dia escolar devem ter um pedido médico por escrito, permissão por escrito dos pais/responsáveis e devem ser fornecidos na embalagem original da farmácia. Liste todos os medicamentos tomados regularmente: _____ _____ _____	Alergias diagnosticadas pelo médico: Alimentos: _____ Medicação: _____ Abelha/Inseto: _____ Descreva a reação: _____ A criança precisa de medicamentos para salvar vidas? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Se sim, qual(is) medicamento(s)? _____ * If prescribed please provide school nurse with an EpiPen*
---	--

Marque todas as que se aplicam: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> convulsões <input type="checkbox"/> Deficiência física: _____ Problemas auditivos: <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Orelha esquerda <input type="checkbox"/> Orelha direita <input type="checkbox"/> Aparelho auditivo Problemas de visão: <input type="checkbox"/> nenhum <input type="checkbox"/> usa óculos <input type="checkbox"/> usa lentes de contato	Último exame físico? _____ (por favor forneça uma cópia) Médico do aluno: _____ Seu filho: <input type="checkbox"/> bebe água da cidade <input type="checkbox"/> recebe flúor Dentista do aluno: _____ Último exame: _____
--	---

Serviço military

Alguém da família imediata do aluno está ativamente envolvido no serviço militar? <input type="checkbox"/> Sim (Relação: _____) <input type="checkbox"/> Não
--

Consentimento

Dou permissão à enfermeira da escola para compartilhar informações relevantes sobre a condição de saúde de meu filho com o pessoal escolar apropriado, se necessário para a saúde, segurança e necessidades educacionais de meu filho. No caso de meu filho precisar de tratamento médico de emergência, dou permissão para trocar informações com a equipe médica de emergência e o hospital receptor, incluindo informações pessoais de contato e o médico de meu filho para fins de encaminhamento, diagnóstico e tratamento.

Nome do Pai/Responsável (impresso): _____ Assinatura do Pai / Responsável: _____ Data: _____



Iodeto de Potássio (KI) Informação

O Distrito Escolar de Amesbury, em cooperação com o Departamento de Saúde Pública de Massachusetts (MA/DPH) decidiu, com permissão dos pais, disponibilizar iodeto de Potássio (KI) para alunos e funcionários antes da evacuação para nossa instalação anfitriã designada, que é a Methuen High School. O comité escolar deu aprovação para esta distribuição. A participação dos alunos na distribuição é VOLUNTÁRIA. A participação do aluno exigirá a assinatura dos pais/responsáveis no formulário de consentimento após este aviso.

Este consentimento é revisto periodicamente. Se você tiver alguma dúvida, entre em contato com este escritório, a enfermeira da escola em seu prédio e/ou ligue para o MA/DPH em (617)242-3035. Recomendamos fortemente que você leia todas as informações públicas de emergência encontradas em www.mass.gov (procurar Iodeto de Potássio) ou ligue para a Massachusetts Emergency Management Association (MEMA) em (800) 982-6846.

<p>Razão para tomar iodeto de Potássio:</p> <p>Em caso de acidente em uma usina nuclear ou na chamada de emergência radiológica, o iodo radioativo será liberado no ar. O material pode ser inalado ou ingerido e entrar na glândula tireoide, onde pode causar câncer e/ou doença. Crianças e bebês são os mais afetados por essa ocorrência. Quando tomado em forma de comprimido, o Iodeto de Potássio (KI) inunda a tireoide com iodo não radioativo e impede que a tireoide absorva o material radioativo. KI precisa ser tomado antes ou logo após exposição à radiação. KI funciona apenas para impedir que a tireoide absorva iodo radioativo.</p>	<p>Risco de tomar iodeto de Potássio:</p> <p>Tomar KI é seguro para a maioria das pessoas. KI não deve ser tomado se alguém:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● É alérgico a iodo ● Tempo de Doença Graves ● Tem doença da tireoide ● Toma medicação para tireoide
<p>Efeitos colaterais do Iodeto de Potássio:</p> <p>É possível sentir algum ou todos os seguintes efeitos colaterais ao tomar KI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● dor de estômago ● Irritação na pele ● Reação alérgica 	<p>Administração de Iodeto de Potássio: KI só será dada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Em caso de emergência radiológica ● Se for recomendado por autoridades de saúde pública ● Se um pai/responsável assina o formulário de consentimento

Formulário de histórico de saúde do aluno (Portuguese)

Aos Pais/Responsáveis,

Para melhor atender seu filho e proporcionar-lhe a melhor experiência educacional, solicitamos que você faça uma avaliação de saúde detalhada para que possamos atender às necessidades de seu filho na sala de aula. As informações serão compartilhadas apenas com funcionários da escola que tenham um interesse educacional legítimo nas informações.

Esta é uma avaliação geral para que possamos entender melhor o seu filho. Se seu filho precisar de medicamentos ou outros tratamentos ou procedimentos especiais de saúde, será necessário preencher uma papelada adicional. Por favor, preencha este formulário e entre em contato com a enfermeira da escola, conforme necessário.

FAVOR IMPRIMIR DE FORMA CLARA

Nascimento Masculino Feminino

Nome do Aluno (Sobrenome, Nome, Meio)

Data de Nascimento (Mês/Dia/Ano)

Escola (círcule um):

SES | CES | AMS | AHS | AIHS

Grade

Nome do prestador de cuidados primários

Nome da clínica

Número do telefone MD

Seu filho tem plano de saúde?
seguro dentário?

Sim Nao
Sim Nao

Se você respondeu "Não" a qualquer uma dessas perguntas, entre em contato com a enfermeira para obter mais assistência.

Por favor, responda a estas perguntas sobre o histórico de saúde de seu filho da melhor maneira possível.

Alergias sazonais	Sim	Nao	Problemas de imunidade	Sim	Nao	Seu filho está treinado para ir ao banheiro?	Sim	Nao
Alergias a alimentos	Sim	Nao	"Mono" (último 1 ano)	Sim	Nao	apenas 1 rim ou testículo	Sim	Nao
Alergias Medicamentos	Sim	Nao	Dor no peito	Sim	Nao	Anemia falciforme	Sim	Nao
Alergia a picadas de abelhas/insetos o picados	Sim	Nao	Histórico/problemas cardiacos	Sim	Nao	Qualquer problema de visão	Sim	Nao
Anafilaxia	Sim	Nao	Pressão alta/baixa	Sim	Nao	Atividade física limitada	Sim	Nao
Qualquer outra alergia	Sim	Nao	Desmaio	Sim	Nao	Problemas ao executar	Sim	Nao
Concussão(s) Traumatismo craniano	Sim	Nao	Sangramento mais do que o esperado	Sim	Nao	Usa lentes de contato ou óculos	Sim	Nao
Dores de cabeça	Sim	Nao	Tratamento para asma (últimos 3 anos)	Sim	Nao	Qualquer problema de audição	Sim	Nao
Enxaquecas	Sim	Nao	Qualquer fumante	Sim	Nao	Algum problema com a fala	Sim	Nao
Traumatismo craniano	Sim	Nao	Problemas para respirar ou tossir	Sim	Nao	Defeitos Congênitos	Sim	Nao
Tratamento de convulsões (últimos 2 anos)	Sim	Nao	Aperelhos dentários, tampas ou pontes especial?	Sim	Nao	Preocupações com hábitos de sono	Sim	Nao
Problemas musculoesqueléticos (incluindo paralisia cerebral)	Sim	Nao	Seu filho precisa de uma dieta	Sim	Nao	Preocupações de saúde mental/comportamentais (ou seja, depressão)	Sim	Nao
Quaisquer ossos quebrados ou luxações	Sim	Nao	Problemas intestinais	Sim	Nao	TDAH/ADD	Sim	Nao
Alguma lesão muscular ou articular?	Sim	Nao	Problemas de estômago	Sim	Nao	Envenenamento por Chumbo	Sim	Nao
Qualquer lesão muscular ou articular	Sim	Nao	Ganho/perda de peso excessivo	Sim	Nao	Cirurgias	Sim	Nao
Qualquer lesão no pescoço ou nas costas	Sim	Nao	Problemas de bexiga	Sim	Nao	Quaisquer outros problemas de saúde Alguma	Sim	Nao
Diabetes	Sim	Nao	Hospitalização ou alguma operação, procedimento ou exame especial?				Sim	Nao

Se você respondeu "Sim" a qualquer uma das perguntas acima, explique melhor suas respostas aqui:

Todos os medicamentos tomados na escola requerem um Formulário de Autorização de Medicamento separado, assinado por um profissional de saúde e pelos pais/responsáveis.

Seu filho toma ALGUM medicamento? Liste o(s) nome(s) do(s) medicamento(s):

Por favor, liste todos os medicamentos que seu filho precisará tomar durante o horário escolar:

Seu filho vai precisar de algum medicamento de emergência (por exemplo, auto-injetores de epinefrina, inaladores, glucagon, diastato, etc.) para ser administrado na escola?

Se o filho necessita de algum tratamento ou procedimento de saúde especial (por exemplo, alimentação por sonda ou cateterismo)?

Sim Nao

Se "Sim", entre em contato com a enfermeira da escola para uma reunião (informações de contato abaixo).

Você gostaria de solicitar uma reunião com a enfermeira da escola para discutir as necessidades de seu filho? Sim Nao

Você gostaria de solicitar uma reunião com a enfermeira da escola para discutir as necessidades de seu filho? Ao se inscrever abaixo, concordo que as informações acima em relação ao meu filho foram respondidas da melhor maneira possível. Caso haja qualquer alteração no estado de saúde do meu filho, reconheço que é minha responsabilidade notificar a enfermeira o mais rápido possível.

Imprimir: _____ Sign: _____ Dados: _____
 Nome do Pai/Responsável Assinatura do Pai/Responsável dados de hoje

PERMISSÃO PARA TROCAR INFORMAÇÕES

Eu, autorizar e solicitar ao prestador de cuidados primários do meu filho a troca de informações sobre a saúde e desenvolvimento do meu filho com as Escolas Públicas de Amesbury. As informações podem ser fornecidas por telefone, fax, correio, ou pessoalmente. Entendo que as informações divulgadas serão aceitas e utilizadas para fins de saúde e educação benéfica do meu filho e da minha família. Exceto quando necessário para cumprir os regulamentos federais e estaduais, não será divulgado novamente a nenhuma outra pessoa, escola ou agência sem o meu consentimento. Entendo que este formulário expirará em um ano, a menos que eu opte por cancelar minha permissão por escrito antes dessa época.

Nome da escola solicitando informações	Assinatura do Pai/Responsável	/ /
Amesbury, MA 01913		/ /
Endereço de correspondência da escola	Assinatura da testemunha	/ /
Número de telefone da escola	Número de fax da escola	Assinatura da Enfermeira Escolar
		Data

Endereços de correspondência da escola/Informações de contato da enfermeira da escola:

Jordan Shay Memorial Lower Elementary School (SMS): 193R Lions Mouth Rd;	Telefone da escola:	978-388-3659	Fax: 978-388-4479
<i>Enfermeira escolar:</i>		Nicole Quadros, BSN, RN	Email: Nicole.Quadros@amesburyma.org
Cashman Elementary School (CES): 193 Lions Mouth Rd;	Telefone da escola:	978-388-4407	Fax: 978-388-4479
<i>Enfermeira escolar:</i>		Kieran Ford, RN	Email: kieran.ford@amesburyma.org
Amesbury Middle School (AMS): 220 Main St;	Telefone da escola:	978-388-0515	Fax: 978-388-1626
<i>Enfermeira escolar:</i>		Jody Omohundro, BSN, RN, NCSN	Email: Jody.Omohundro@amesburyma.org
Amesbury High School (AHS): 5 Highland St;	Telefone da escola:	978-388-4800	Fax: 978-388-4919
<i>Enfermeira escolar:</i>		Michelle Parsons, BSN, RN	Email: Michelle.Parsons@amesburyma.org
Amesbury Innovation High School (AIHS): 71 Friend St	Telefone da escola:	978-388-8037	Fax: 978-388-8073
<i>Enfermeira-chefe escolar:</i> Kristin Tierney, FNP-C, NCSN			Email: Kristin.Tierney@amesburyma.org

AMESBURY PUBLIC SCHOOLS

ELIZABETH MCANDREWS
SUPERINTENDENT OF SCHOOLS



JOAN LIPORTO
DIRECTOR OF FINANCE AND OPERATIONS

MARTHA ROBINSON
DIRECTOR OF STUDENT SERVICES

CHRISTOPHER HEATH
DIRECTOR OF TEACHING, LEARNING & EQUITY

5 Highland Street
Amesbury, MA 01913
Tel : 978-388-0507

PROVA DE RESIDÊNCIA

INFORMAÇÕES DO PROPRIETÁRIO DA PROPRIEDADE

Três formas de identificação são exigidas dos pais/responsáveis para verificar a residência. Essas duas páginas precisam ser preenchidas e autenticadas APENAS SE os pais não puderem apresentar os três formulários necessários.

Data de hoje:	Nome Completo do Aluno:	Nome(s) do(s) Pai(s)/Responsável(eis):
Morada atual:	Número de telefone atual:	Data em que o aluno entrará na escola:
Dono da propriedade:	Endereço do Proprietário:	Número de telefone do proprietário do imóvel:

Os abaixo assinados fazem por meio deste certificar que _____ está morando em Amesbury, Massachusetts e que todos os registros relacionados ao inscrição de _____ dentro Amesbury As escolas públicas são verdadeiras.

Qualquer falsificação desta informação me sujeitará, como pai ou responsável, ao pagamento integral da mensalidade pelo número de dias que ele / ela não residiu legalmente na cidade de Amesbury, bem como à remoção do aluno das Escolas Públicas de Amesbury.

(Pai Assinatura)

(do Proprietário da Propriedade Assinatura)

A seguinte documentação deve ser fornecida junto com este forma:

- Cópia da fatura do imposto imobiliário atual do proprietário do imóvel
- Cópia da conta de serviço atual com o nome do locador ou do locatário (dentro de 30 dias da residência real)
- Prova de identificação do proprietário do imóvel: Carteira de Habilitação/Passaporte, etc.

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DECLARAÇÃO DE APOIO À RESIDÊNCIA

Certifico que:

Nome do(s) Pai(s)/Responsável(is): _____

Nome(s) de Criança(s): _____

Residir no: _____

No Distrito Escolar Público de Amesbury, a partir de _____
(Data)

Assinatura do Proprietário ou do Locador: _____

(Relação para Pai(s)/Responsável(is)): _____

* Assinatura dos Pais/Responsáveis: _____

Comunidade de Massachusetts / Condado de Essex

Assinou e jurou a mim, um Tabelião Público, em e para o referido Condado e Estado, este _____ dia de _____, 20__

Tabelião Público Assinatur: _____

Nome Impresso do Tabelião: _____

Minha comissão expira: _____

***Minha assinatura confirma que as informações acima e a documentação de apoio que forneci ao Distrito Escolar para provar a residência são verdadeiras. Entendo que reivindicações fraudulentas constituem perjúrio, puníveis por lei, e também podem resultar na expulsão do aluno da escola e na demanda imediata de mensalidade pelo distrito escolar.**