



MEDFORD PUBLIC SCHOOLS

489 Winthrop Street Medford, MA 02155

781-393-2132/ 2131

MedfordRegOffice@medford.k12.ma.us

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INSCRIÇÃO

Para matricular um aluno nas Escolas Públicas de Medford, TODOS os documentos devem ser levados ao Escritório de Registro localizado dentro da Medford High School em 489 Winthrop St em Medford.

1. Pacote de registo preenchido

- Formulário Pesquisa (incluir "Data da primeira matrícula em qualquer escola dos EUA")
- Formulário De Permissão Do Aluno Para Uso Do Google App
- Para alunos do jardim de infância** Pesquisa De Experiência Em Educação Infantil
- Para as séries 1-12** Autorização Para Liberar/Obter Registros Acadêmicos do Alunos
- Para as séries 6-12** Aceitação do Empréstimo do Chromebook e Formulário de Autorização dos Pais: Acetaminofeno

2. Documento de identificação válido com foto dos pais/responsáveis/cuidadores

- Carta de motorista ou passaporte do pai/cuidador que registra a criança
- Se for um responsável legal**, um Acordo de Custódia deve ser fornecido

3. Certidão de nascimento do seu filho

- Original (sem fotocópias, não é a carta do hospital)
- Traduzido e certificado se não estiver em inglês

4. Comprovante de residência

2 contas de serviços públicos datadas nos últimos 60 dias. Contas aceitas: gás, eletricidade, óleo, cabo e internet doméstica **OU**

Cópia do contrato de locação/aluguel atual assinado

SE O ALUNO E O CUIDADOR ESTIVEREM MORANDO COM UM RESIDENTE DE MEDFORD, O SEGUINTE É NECESSÁRIO PARA CONCLUIR O REGISTRO:

1. [Declaração juramentada de residência autenticada](#) (tanto o proprietário quanto o inquilino devem assinar o documento na frente de um tabelião ao mesmo tempo)
2. Comprovante de residência da pessoa que assina a Declaração de Residência: contrato de locação ou duas contas de serviços públicos com data dentro dos últimos 60 dias (contas aceitas: gás, eletricidade, óleo, TV a cabo e internet residencial).

5. Os documentos de saúde mais recentes do seu filho

- Registros recentes de imunizações
- Cópia do último exame físico datado de 12 meses da data de registro
- Avaliação do risco de tuberculose ou resultados de testes cutâneos
- Pré-escola**: resultados da triagem de chumbo
- Jardim de infância**: Resultados da triagem visual, incluindo exame de estereopsia e resultados da triagem de chumbo

Quaisquer documentos de saúde subsequentes solicitados podem ser enviados por fax para 781-393-2379 ou por e-mail para MedfordHealthOffice@medford.k12.ma.us com o assunto: "Inscrição: Nome do aluno". Para qualquer dúvida relacionada à saúde, ligue para 781-393-2292 e peça para falar com uma enfermeira

6. Registros escolares anteriores

- Transcrições escolares mais recentes do seu filho, Boletins de notas
- Cartão de transferência da escola anterior em Massachusetts, se disponível
- Pontuações do MCAS, se disponíveis
- Relatório de pontuações do ACCESS para alunos de inglês, se disponíveis
- Alunos do 9º ano**: Folha de seleção do curso
- Alunos do 10º ao 12º ano**: Historico escolar, Registros de disciplina e de frequência
- IEP ativo, se aplicável
- Plano 504 ativo, se aplicável

Assinatura dos pais/responsáveis: _____ Data: _____



For School Use Only

SASID: _____ LASID: _____ Date Received: _____ Entry Date: _____ HR: _____
 Date Enrolled: _____ Proximity Zone: _____ School Assigned: _____ Grade: _____

FORMULARIO DE REGISTRO

INFORMAÇÕES DO ESTUDANTE: (Por favor digite ou imprima)

Este aluno frequentou as Escolas Públicas de Medford no passado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Série/Ano de Assistência:
Nome:	Nome do Meio:	Sobrenome:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Não-Binario		
Data de Nascimento (mm/dd/aaaa):	Cidad de Nascimento:	País de Nascimento:
Endereço:		Cidad, Estado, CP:
Telefone do Estudante:	Endereço de e-mail:	
Data de Entrada nos EUA (mm/dd/aaaa):		
EDUCAÇÃO ESPECIAL / ALUNOS COM DEFICIÊNCIA		
Este aluno está recebendo atualmente Serviços de Educação Especial?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Este aluno está atualmente recebendo Serviços em um Plano 504?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

IDIOMA DE ORIGEM

<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Chinê	<input type="checkbox"/> Crioulo Haitiano	<input type="checkbox"/> Espanhol	<input type="checkbox"/> Português	<input type="checkbox"/> Outros: _____
---------------------------------	--------------------------------	---	-----------------------------------	------------------------------------	--

INFORMAÇÕES PARA OS PAIS/TUTOR/CUIDADOR

PAIS /TUTOR/ CUIDADOR 1	PAIS/MADRE TUTOR/ CUIDADOR 2
Nome:	Nome:
Telefone de Casa:	Telefone de Casa:
Telefone Celular:	Telefone Celular:
Telefone do Trabalho:	Telefone do Trabalho:
Endereço de e-mail:	Endereço de e-mail:
Relação com o Aluno:	Relação com o Aluno:
Tem a Custódia do Aluno: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tem a Custódia do Aluno <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vive com o Aluno: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vive com o Aluno: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Recebe Correio do Aluno <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Recebe Correio do Aluno: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Idioma Principal:	Idioma Principal:

IRMÃOS(AS): (Por favor, liste todos os irmãos(as) de idade escolar 18 anos e menor)

Nome	Idad	Relação	Série	Escola

CONTATOS DE EMERGÊNCIA ADICIONAIS:

Contacto de Emergencia 1	Contacto de Emergencia 2
Nome:	Nome:
Telefone de Casa:	Telefone de Casa:
Telefone Celular:	Telefone Celular:
Relação com o Aluno	Relação com o Aluno:
Idioma Principal:	Idioma Principal:

STATUS DE FAMÍLIA MILITAR: (verificar se aplicável)

<input type="checkbox"/> Membros ativos dos serviços uniformizados, Guarda Nacional e Reserva em pedidos ativos.
<input type="checkbox"/> Membros ou Veteranos que sejam gravemente feridos e que tenham alta médica ou se aposentem por um período de um ano após a alta médica ou aposentadoria.
<input type="checkbox"/> Membros dos serviços uniformizados que morrem em serviço ativo ou como resultado de ferimentos sofridos em serviço ativo por um período de um ano após a morte.

ETNIA/RAÇA: (cheque todos os que se aplica):

<input type="checkbox"/> Hispânico ou Latino: uma pessoa de origem cubana, mexicana, porto-riquenha, sul ou centro-americana ou outra cultura ou origem espanhola, independentemente da sua raça.
<input type="checkbox"/> Índio Americano ou Nativo do Alaska: uma pessoa que tem origens em qualquer um dos povos originais do Norte, Sul e da América Central, e que mantém a Afiliação tribal ou apego à comunidade.
<input type="checkbox"/> Asiático: uma pessoa que tenha origens em qualquer um dos povos originais de Extremo Oriente, do Sudeste Asiático ou do subcontinente Indiano incluindo, por exemplo, Camboja, China, Índia, Japão, Coreia, Malásia, Paquistão, Filipinas, Tailândia e o Vietnã.
<input type="checkbox"/> Preto o Afro-americano: uma pessoa que tem origens em qualquer um dos grupos raciais pretos da África.
<input type="checkbox"/> Nativo Havaiano e Outro Ilhéu Pacífico: uma pessoa que tem origens em qualquer um dos povos originais do Havaí, Guam, Samoa ou de outras Ilhas Pacíficas.
<input type="checkbox"/> Branco: uma pessoa que tem origens em qualquer um dos povos originais da Europa, África do Norte ou Oriente Médio.

INFORMAÇÕES MÉDICAS

NOME DO ESTUDANTE: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

Nome do médico	Telefone:
Endereço::	
Você tem plano de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nome do plano de saúde:
Seu filho(a) já fez um exame físico completo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data do exame mais recente::
Caso tenha marcado alguma opção acima, descreva:	
<input type="checkbox"/> Problema cardíaco	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> TDA/TDAH	<input type="checkbox"/> Enxaqueca
<input type="checkbox"/> Fala	<input type="checkbox"/> Outro (Especifique)
<input type="checkbox"/> Alergias (alimentos, insetos, medicamentos, ambiente) (Especifique):	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Problemas auditivos (Especifique)::	<input type="checkbox"/> Depressão
<input type="checkbox"/> Problemas de visão (Especifique):	<input type="checkbox"/> Distúrbio convulsivo
	<input type="checkbox"/> Ansiedade
	<input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerda
	<input type="checkbox"/> Aparelho Auditivo
	<input type="checkbox"/> Óculos
	<input type="checkbox"/> Lentos de contato

TB Risk Assessment Parent Questionnaire

Preencha este questionário para nos ajudar a determinar se seu filho precisa fazer o teste de tuberculose (TB). Isso será usado para identificar crianças e adolescentes assintomáticos para testar a infecção latente por tuberculose (LTBI).

Instruções: Marque todas as opções que se aplicam ao seu filho(a). O teste para infecção latente por TB é recomendado se qualquer uma das três opções abaixo for marcada.

Seu filho(a) nasceu ou já morou em algum país com alta incidência de TB? <ul style="list-style-type: none"> • Descrição: Isso inclui qualquer país que não seja os Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia ou um país da Europa Ocidental ou Setentrional. 	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Seu filho(a) está atualmente ou planeja estar imunossuprimido(a)? <ul style="list-style-type: none"> • Descrição: Isso significa que o sistema imunológico do corpo está enfraquecido. Isso inclui condições como infecção por HIV ou ser receptor de transplante de órgão. Também inclui estar em tratamento com certos medicamentos, como antagonistas do TNF-alfa (por exemplo, infliximabe, etanercepte), antagonistas imunossupressores da interleucina ou esteróides (equivalente a prednisona ≥ 15 mg/dia por ≥ 1 mês) ou outros medicamentos imunossupressores. 	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Seu filho(a) já teve contato próximo com alguém doente com tuberculose infecciosa ao longo da vida??	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Nome dos Pais/ Cuidadores:	
Assinatura:	Data::

For School Nurse Only:

No TB risk factors. TB test not indicated. Further testing required within 30 days of enrollment



MEDFORD PUBLIC SCHOOLS

489 WINTHROP STREET
MEDFORD, MA 02155



AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAR/OBTER REGISTROS DE ALUNOS

Eu, _____, sou o pai/mãe/responsável legal do estudante abaixo mencionado.

Autorizo a liberação de todos os registros acadêmicos, incluindo históricos oficiais, resultados de testes, disciplina, saúde, educação especial e qualquer outra informação sobre meu filho/a para as Escolas Públicas de Medford. Dou ainda permissão para que as Escolas Públicas de Medford falem com os ex-professores, diretor, conselheiro e outros funcionários da escola de meu filho/a, conforme necessário.

Assinatura dos Pais/Cuidador: _____ Data: _____

Nome do Aluno::		Data de Nascimento:	
-----------------	--	---------------------	--

Nome da Escola Antiga:		Serie/Ano:	
Endereço da Escola:			
Cidade, Estado y CEP:			
Número de Telefone:			
Endereço de e-mail			

Please email the following records to our Registration Office at Medfordregoffice@medford.k12.ma.us

*****Para Uso Escolar*****

- Transfer Card
 Transcripts of Grades
 Health Records
 IEP/504
 Discipline and Attendance Records
 Standardized Test Scores
 ELL Testing/Folder
(for grades 10-12)

Send the complete records to the following school:

- Brooks Elementary School 388 High St, Medford, MA 02155 or by fax 781-393-2174
- McGlynn Elementary School, 3002 Mystic Valley Pkwy, Medford, MA 02155 or by fax 781-393-5462
- Missituk Elementary School, 37 Hicks Ave. Medford MA 02155 or by fax 781-393-2178
- Roberts Elementary School, 35 Court St, Medford, MA 02155 or by fax 781-393-2158
- Andrews Middle School, 3000 Mystic Valley Pkwy, Medford, MA 02155 or by fax 781-395-8128
- McGlynn Middle School, 3002 Mystic Valley Pkwy, Medford, MA 02155 or by fax 781-393-5462
- Medford Registration Office 489 Winthrop St, Medford MA 02155

FORMULÁRIO DE PERMISSÃO DO ALUNO PARA USO DO GOOGLE APP

O Distrito Escolar Público de Medford pode criar contas para todos os alunos colaborarem usando nossa implementação personalizada do Google Apps para Educação. Essas contas serão usadas para projetos relacionados à escola. As regras que regem a comunicação eletrônica adequada pelos estudantes estão incluídas na Política de Uso Aceitável da Tecnologia. Uma vez designadas as contas, os estudantes ganham acesso às ferramentas de colaboração disponíveis através do Google Apps.

A conta permite o acesso dos alunos ao Google Docs, processador de texto, planilha eletrônica, e-mail, calendário, ferramentas de autoria de websites, além de serviços adicionais. Isto permitirá que seu aluno colabore com professores e outros alunos, assim como compartilhar informações com a família e outros usuários da Internet.

Endereço de e-mail oficial: Os aluno será designado uma conta de e-mail de estudante.

Conduta: Os alunos são responsáveis por bom comportamento. É ilegal o uso de linguagem obsceno, profano, ameaçador ou desrespeitoso. A comunicação com os outros deve estar sempre relacionada ou estudo. Os estudantes não devem acessar nenhuma outra conta além da sua, compartilhar informações de conta ou tentar ignorar quaisquer restrições ou medidas de segurança. Os alunos devem notificar o professor sobre qualquer coisa inapropriada ou qualquer coisa que os torne desconfortáveis. O assédio não será tolerado e a privacidade dos outros deve ser respeitada em todos os momentos.

Restrição de acesso: O acesso e o uso do Google Apps para Educação é um privilégio concedido

a critério das Escolas Públicas de Medford. O Distrito mantém o direito de retirar imediatamente o acesso e uso da conta quando há razões para acreditar que ocorreram violações das leis ou das políticas do Comitê Escolar Distrital. Nesses casos, a alegada violação será encaminhada para mais investigação e aplicação das consequências necessárias, como indicado no Manual do Estudante.

Segurança: O Distrito Escolar Público de Medford não garante a segurança de arquivos eletrônicos localizados no sistema Google. Embora o Google tenha um poderoso filtro de conteúdo instalado, a escola não pode assegurar que os usuários não serão expostos a material não educativo.

Privacidade: O Distrito Escolar Público de Medford reserva-se o direito de acessar e revisar o conteúdo no Google Apps para o sistema educação a qualquer momento. Todos os e-mails são gravada e arquivados em nosso sistema. As políticas do Comitê Distrito Escolar cumprem com todas as leis de privacidade estaduais e federais

1. Eu discuti com meu filho(a) suas responsabilidades quanto ao uso do Google Apps através das MPS
2. Eu entendo que qualquer violação por meu filho(a) das orientações pode resultar na suspensão ou revogação de seu/sua conta do Google Apps, ação disciplinar escolar e, se necessário, remeter às autoridades de polícia.
3. Eu não vou segurar o Distrito Escolar Público de Medford responsável ou responsáveis por quaisquer materiais de meu filho(a) acessou, adquiriu ou transmitiu através da conta das MPS Google Apps.

Meu filho(a) e eu entendemos e concordamos em seguir as normas acima mencionadas para o uso das contas do Google Apps. Dou permissão para que meu filho(a) tenha uma conta no Google Apps.

Certifico que as informações fornecidas às Escolas Públicas de Medford neste pacote de registro são verdadeiras sob as dores e penalidades ou perjúrio identificados na Portaria da Cidade de Medford e na Política das Escolas Públicas de Medford.

Assinatura dos Pais/Cuidadores: _____ Data: _____

MEDFORD PUBLIC SCHOOLS STAFF ONLY

AUTHORIZED SIGNATURE: _____ DATE: _____



Pesquisa de Idiomas

Massachusetts é o lar de 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.

<p>Nome do Aluno:</p> <p>Série:</p> <p>Data Nascimento (mm/dd/aaaa) :</p> <p>Nomes dos Pais/Responsáveis1::</p> <p>Nomes dos Pais/Responsáveis 2:</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>SEÇÃO 1:</p> <p>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.</p>	<p>1. Liste o(s) idioma(s) que os pais e/ou responsáveis principais usam para se comunicar com seu filho em casa.</p> <hr/> <p>2. Liste o(s) idioma(s) que seu filho usa atualmente para se comunicar com outras pessoas.</p> <hr/> <p>3. Liste o(s) idioma(s) que seu filho entendeu e usou pela primeira vez para se comunicar.</p> <hr/>
<p>SEÇÃO 2:</p> <p>Serviços de Interpretação e Tradução</p> <p>Esta seção informará a escola se vocês, pais/responsáveis, precisam de um intérprete ou de documentos traduzidos.</p> <p><i>Esta seção é apenas para fins informativos e não é usada para identificar se seu filho precisa de apoio para aprender inglês.</i></p>	<p>4. Em que idioma(s) sua família prefere receber comunicação escrita da escola?</p> <p>Pais/Responsáveis 1: _____</p> <p>Pais/Responsáveis 2: _____</p> <p>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)?</p> <p>____ Sim ____ Não Se sim, em qual(is) idioma(s)?</p> <p>Pais/Responsáveis 1: _____</p> <p>Pais/Responsáveis 2: _____</p>

Medford Public Schools

Pesquisa de Idiomas

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):



APENAS PARA ALUNOS QUE INGRESSAM NAS SÉRIES 6-12

Formulário De Aceitação De Empréstimo Do Chromebook Para Uso Do Aluno

NOME DO ESTUDANTE: _____ **ESCOLA:** _____

Medford Public Schools (MPS) fornecer-lhe-ão um Chromebook para ser utilizado para trabalhos escolares na escola e em casa. É sempre responsável por este aparelho, pelo seu Carregador e Estojo, em todos os momentos. Não deve haver nenhuma expectativa de que um aparelho roubado ou danificado seja substituído por um e idêntico.

Ao assinar este formulário, aceita e concorda com as seguintes condições:

1. Estou recebendo um Chromebook, Carregador e Estojo, designado pela MPS para uso dos alunos.
2. Assumirei a responsabilidade pela segurança e pelo cuidado adequado do Chromebook
3. Entendo que o Chromebook e o seu software são propriedade do MPS e vou utilizá-lo de acordo com a Política de Utilização Responsável do MPS.
4. Não modificarei o computador, não alterarei a configuração do equipamento de forma alguma, não desmontarei nenhuma parte do computador portátil, nem tentarei qualquer reparo.
5. Devolverei o aparelho nas mesmas condições em que me foi emprestado
6. Concordo em pagar \$50,00 por um Chromebook de substituição no caso de o computador ser:
 - a) Perdido ou extraviado
 - b) danificado, caso em que concordo em devolver o portátil danificado
 - c) Roubado, caso em que concordo em apresentar um relatório oficial da polícia ao MPS
7. Concordo em pagar \$25,00 pelo Carregador e \$10,00 pelo Estojo em caso de perda ou danos

Nome dos Pais/Cuidadores: _____

Assinatura dos Pais/Cuidadores (exigido se o aluno é menor de 18 anos): _____

Assinatura do Aluno: _____ Data: _____

Se houver alguma razão pela qual você não possa pagar por um Chromebook ou acessórios perdidos, danificados ou roubados, por favor assine abaixo e mande ao seu aluno levar este formulário ao seu Diretor Assistente antes de pegar outro Chromebook

Se houver alguma razão pela qual você não possa pagar por um Chromebook e/ou acessórios perdidos, danificados ou roubados, por favor assine abaixo e mande ao seu aluno levar este formulário ao seu Diretor Assistente antes de pegar outro Chromebook.

A nenhum estudante será negado o acesso a um computador portátil devido a dificuldades económicas



APENAS PARA ALUNOS QUE INGRESSAM NAS SÉRIES 6-12

Formulário de autorização dos pais: Acetaminofeno (p.ex:Tylenol)

Prezados pais/cuidadores,

A enfermeira da escola poderá administrar Acetaminofeno ao seu filho, com a sua autorização, para queixas menores de dor de cabeça, cólicas ou dores em geral. Cada aluno será avaliado individualmente pela enfermeira da escola em serviço antes da administração. Doenças mais graves serão imediatamente encaminhadas aos pais/cuidadores.

Preencha o formulário se você autorizar que seu filho receba Acetaminofeno em dosagem normal. De acordo com a Política de Medicamentos das Escolas Públicas de Medford e a lei de Massachusetts, quaisquer outros medicamentos, sejam eles de venda livre (OTC) ou prescritos, devem ter receita médica e autorização dos pais/cuidadores. O formulário preenchido deve ser devolvido às enfermeiras da escola de seu filho.

Obrigada,



Jennifer Silva, M.Ed., BSN, RN, NCSN
 Diretora de Serviços de Saúde, Escolas Públicas de Medford jsilva@medford.k12.ma.us

Nome do Aluno:		Série/Ano:
Selecione a dosagem adequada de Acetaminofeno 325 mg comprimido por via oral.	<input type="checkbox"/> 325mg (1 comprimido)	<input type="checkbox"/> 650mg (2 comprimidos)
Outros medicamentos que o aluno está tomando atualmente:		
Qualquer alergias ou condições médicas conhecidas:		
Assinatura dos Pais/Cuidadores: _____		Data: _____
Nome e número de contato de emergência (1): _____		
Nome e número de contato de emergência (2): _____		



SOMENTE PARA ALUNOS QUE INGRESSAM NO JARDIM DE INFÂNCIA

PESQUISA DE EXPERIÊNCIA EM EDUCAÇÃO INFANTIL

<input type="checkbox"/>	Meu/minha filho(a) não frequentou nenhum programa de educação infantil formal	01
<input type="checkbox"/>	Meu/minha filho(a) não frequentou um programa de educação infantil formal, mas participou dos serviços de <u>Coordinated Family and Community Engagement (CFCE)</u>	02
<input type="checkbox"/>	Meu/minha filho(a) não frequentou um programa de educação infantil formal, mas participou dos serviços de <u>Parent Child Home Program (PCHP)</u>	03
<input type="checkbox"/>	Meu/minha filho(a) não frequentou um programa de educação infantil formal, mas, participou de os serviços de <u>Coordinated Family and Community Engagement e de Parent Child Home Program</u>	04
<input type="checkbox"/>	Meu/minha filho(a) frequentou um <u>Cuidador e Educador Infantil Licenciado</u> (<i>indicar a carga horária, abaixo</i>) <input type="checkbox"/> Menos de 20 horas por semana <input type="checkbox"/> 20+ horas por semana	05/06
<input type="checkbox"/>	Meu/minha filho(a) frequentou um <u>Centro de Cuidado e Educação Infantil</u> (<i>indicar a carga horária, abaixo</i>) <input type="checkbox"/> Menos de 20 horas por semana <input type="checkbox"/> 20+ horas por semana	07/08
<input type="checkbox"/>	Meu/minha filho(a) frequentou ambos um <u>Cuidador e Educador Infantil Licenciado</u> e um <u>Centro de Cuidado e Educação Infantil</u> (<i>indicar a carga horária, abaixo</i>) <input type="checkbox"/> Menos de 20 horas por semana <input type="checkbox"/> 20+ horas por semana	09/10