



**ASHLAND**  
PUBLIC SCHOOLS

# JARDIM DE INFÂNCIA

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE REGISTRO

### Primeiro passo: Baixe o pacote de inscrição do site.

Visite o site das Escolas Públicas de Ashland, na seção Matrícula no Jardim de Infância.

Baixe, preencha e assine o pacote de inscrição.

<https://www.ashland.k12.ma.us/departments/central-registration/kindergarten-registration>

### Passo dois: Reúna os documentos necessários:

- Certidão de nascimento original com selo em relevo** (certidão de nascimento original, passaporte ou documentação de adoção/tutela)
- Comprovante de residência válido** (hipoteca, contrato de arrendamento assinado, conta de imposto predial)
- Comprovante de ocupação válido** (Conta da Eversource, carta de serviço da Eversource, outras contas de serviços públicos)
- Carteira de vacinação do aluno mais atualizada**
- Cópia do **exame físico** concluído até 12 meses antes do primeiro dia de aula ou consulta médica para exame físico
- Prova válida com foto da identidade dos pais/responsável** (Carteira de motorista, Passaporte)
- Documentos de tutela ou acordos de custódia legal, **se aplicável**
- Registros de alunos aprendizes de inglês (EL), WIDA ACCESS** pontuações ou documentação
- Cópia do Programa Educacional Individualizado (PEI) do aluno ou do Plano 504 do aluno.

### Etapa três: Dia de matrícula no jardim de infância, no sábado, 31 de janeiro de 2026, das 9h às 12h.

- Por favor, traga o pacote de inscrição completo.
- Traga toda a documentação necessária.
- Um dos pais que detém a guarda ou um responsável legal deve estar presente durante o registro.

Precisa de ajuda? Entre em contato com Colleen Brewer, Registrador Distrital, pelo telefone 508-532-4005.

[registro@ashland.k12.ma.us](mailto:registro@ashland.k12.ma.us)



# INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

## INFORMAÇÕES DO ALUNO E DA FAMÍLIA

INFORMAÇÕES DO ALUNO					
Primeiro nome		Nome do meio		Sobrenome	
Endereço atual:					
Criança adotiva ou tutela estadual?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Aluno mora com:	
Cidade de nascimento:		Estado:		País:	
Idioma principal:			Data de chegada nos Estados Unidos (se aplicável):		
Data de nascimento:		Sexo/Gênero:		Data de inscrição:	
		<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Fêmea <input type="checkbox"/> não binário			
Entrando na Escola:		Nota de entrada:		Última série concluída:	
Escola anterior:					
Endereço da escola anterior:					

INFORMAÇÕES DOS PAIS/RESPONSÁVEIS			
Responsável #1		Responsável #2	
Nome:		Nome:	
Endereço:		Endereço:	
Telefone principal:		Telefone principal:	
Telefone Alternativo:		Telefone Alternativo:	
Email:		Email:	
Militar Ativo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Militar Ativo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

INFORMAÇÃO FAMILIAR				
Liste todas as crianças da família (incluindo a criança que você está registrando) em ordem cronológica.				
	Nome	Sexo/Gênero	Data de nascimento	Nota
1.				
2.				
3.				
4.				

**Observação:** Anexe uma cópia do acordo de custódia legal ou ordem de restrição, se aplicável. Sem essas informações, qualquer um dos pais pode acessar as informações educacionais de seu filho e/ou dispensar/retirar seu filho a qualquer momento.



# INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

## INFORMAÇÕES DO ALUNO E DA FAMÍLIA

### ELEGIBILIDADE MCKINNEY-VENTO

As respostas às seguintes informações de residência ajudarão o distrito escolar a determinar os serviços que seu filho pode receber em relação ao [Lei McKinney-Vento](#).

1.	Seu endereço atual é devido à violência doméstica ou a uma situação de emergência?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2.	O seu arranjo de vida é devido à perda de moradia, dificuldades econômicas ou outros motivos semelhantes?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Se você respondeu sim a uma das perguntas acima, onde o aluno que você está matriculando está morando atualmente?

- Com você na residência de um familiar, amigo ou conhecido  
 Em um local não projetado para acomodações comuns para dormir (por exemplo, carro, parque, acampamento, porão, andar, sala de estar)  
 Em um abrigo
  Em um motel/hotel
  Movendo-se de um lugar para outro

### DEMOGRAFIA DO ALUNO

O Departamento de Educação de Massachusetts exige que os distritos colem os seguintes dados demográficos para cada aluno.

#### ETNIA

O aluno é hispânico ou latino? *Selecione apenas um.*

- Não, o aluno não é hispânico ou latino.  
 Sim, o aluno é hispânico ou latino (uma pessoa de cultura ou origem cubana, mexicana, chicana, porto-riquenha, da América do Sul ou Central, brasileira ou de outra cultura ou origem espanhola, independentemente da raça).

#### CORRIDA

Selecione a(s) raça(s) com a(s) qual(is) o(s) aluno(s) se identifica(m). Você deve selecionar pelo menos um.

<input type="checkbox"/>	Asiático	Uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originais do Extremo Oriente, Sudeste Asiático ou subcontinente indiano, incluindo, por exemplo, Camboja, China, Índia, Japão, Coreia, Malásia, Paquistão, Ilhas Filipinas, Tailândia e Vietnã.
<input type="checkbox"/>	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 apego à comunidade.
<input type="checkbox"/>	Negro ou afro-americano	Uma pessoa com origens em qualquer um dos grupos raciais negros da África.
<input type="checkbox"/>	Nativo havaiano ou outro ilhéu do Pacífico	Uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originais do Havaí, Guam, Samoa ou outras ilhas do Pacífico.
<input type="checkbox"/>	Branco	Uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originários da Europa, Oriente Médio ou Norte da África.



# INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

## INFORMAÇÕES DE EMERGÊNCIA DE SAÚDE

Nome do aluno:

Data de nascimento:

Uma escola pode divulgar informações sobre um aluno a partes apropriadas em caso de emergência de saúde ou segurança, se o conhecimento dessas informações for necessário para proteger a saúde ou a segurança do aluno ou de outras pessoas. A enfermeira da escola pode compartilhar informações de saúde que sejam necessárias para a saúde e segurança do aluno com o pessoal escolar autorizado.

Os contatos de emergência devem ser pessoas que não sejam os pais ou responsáveis do aluno, que poderão ser solicitadas a buscar o aluno caso a escola não consiga contatar os responsáveis principais.

INFORMAÇÕES PARA CONTATO DE EMERGÊNCIA (Alguém que não seja pai ou responsável legal.)	
Contato nº 1	Contato nº 2
Nome:	Nome:
Telefone principal:	Telefone principal:
Telefone Alternativo:	Telefone Alternativo:
Relação com o Aluno:	Relação com o Aluno:
Idioma principal:	Idioma principal:

PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE	
<b>Pediatra</b>	
Nome:	Telefone:
<b>Dentista</b>	
Nome:	Telefone:
<b>ortodontista</b>	
Nome:	Telefone:
<b>Plano de saúde</b>	
Nome:	

Seu filho tem permissão para receber Tylenol, Ibuprofeno, TUMS, pastilhas para garganta na escola, conforme necessário?  Sim  Não

**Em caso de emergência, dou permissão para que meu filho seja transportado, de ambulância, para o MetroWest Medical Center - Framingham Campus para tratamento. Entendo que serei notificado sobre a emergência assim que possível.**

**Notificarei a escola se houver qualquer alteração nas informações acima.**

Assinatura do Pai/Responsável

Data



# INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

## HISTÓRICO DE SAÚDE DO ALUNO

Nome do aluno:

Data de nascimento:

O Histórico de Saúde do Aluno é um documento confidencial exigido para todos os alunos que ingressam nas Escolas Públicas de Ashland. Informe as enfermeiras da escola sobre quaisquer mudanças na saúde de seu filho durante o ano letivo.

1. Houve alguma mudança recente em sua família que possa afetar seu filho? Se sim, marque a(s) caixa(s) apropriada(s) e explique no espaço abaixo.

- Nascimento de um irmão     Mudança de estado civil     Mudança de moradia     implantação militar  
 Morte recente     doença familiar     Mudança de emprego     De outros:

2. Seu filho usa óculos ou lentes de contato?

Sim     Não

3. Seu filho usa aparelho auditivo?

Sim     Não

4. Seu filho já foi hospitalizado e/ou operado? Se sim, forneça datas e explique abaixo.

Sim     Não

5. Seu filho teve alguma das seguintes doenças? Se sim, marque as caixas apropriadas e explique no espaço abaixo.

- Infecções de ouvido (frequentemente)     doença de Lyme     Pneumonia  
 Encefalite     Meningite     Infecções estreptocócicas (frequentemente)  
 Febres altas     Coqueluche     Tuberculose

6. Seu filho foi diagnosticado com alguma das seguintes condições? Se sim, marque as caixas apropriadas e explique no espaço abaixo.

- ADICIONAR     Defeitos de nascença     Atraso no desenvolvimento     Problemas de audição     Distrofia muscular  
 TDAH     Paralisia cerebral     Diabetes     Problemas cardíacos     Condição de pele  
 Ansiedade     Concussão     Desordem alimentar     Doença renal     Distúrbio do sono  
 Asma     Fibrose cística     Encoprese/constipação     Problemas de saúde mental     Síndrome de Tourette  
 Autismo/TEA     Depressão     Epilepsia/convulsões     Enxaqueca     Dificuldades de visão



# INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

## HISTÓRICO DE SAÚDE DO ALUNO

7. Seu filho tem alguma alergia (por exemplo, alimentos, medicamentos, látex, sazonais, insetos)? Se sim, explique abaixo e seja específico.  Sim  Não

---

---

8. Seu filho toma algum medicamento diariamente ou quando necessário para suas alergias? Se sim, liste abaixo.  Sim  Não

---

---

9. Seu filho toma algum outro medicamento diariamente ou quando necessário? Em caso afirmativo, liste cada medicamento e para qual doença/condição é tomado.  Sim  Não

---

---

10. Há algum diagnóstico não mencionado acima que afete seu filho? Em caso afirmativo, explique.

---

---

11. Existe alguma coisa sobre a saúde mental ou física de seu filho que você gostaria que a enfermeira da escola soubesse que não foi abordada até agora? Em caso afirmativo, o que?

---

---

Obrigado por fornecer esta informação valiosa sobre a saúde do seu filho. Se seu filho tiver uma doença crônica que exija mais conversa, entre em contato com a enfermeira da escola para agendar uma reunião. Por favor visite [ashland.k12.ma.us/Saúde](http://ashland.k12.ma.us/Saúde) para informações de contato ou detalhes adicionais.

---

Assinatura do Pai/Responsável

---

Data



# INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

## PESQUISA DE IDIOMA NACIONAL

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.**

<b>Nome do aluno:</b>	
<b>Série:</b>	
<b>Data Nascimento (mm/dd/aaaa):</b>	
<b>Nomes dos Pais/Responsáveis1:</b>	
<b>Nomes dos Pais/Responsáveis2:</b>	
<b>SEÇÃO 1:</b> 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>1. Liste o(s) idioma(s) que os pais e/ou responsáveis principais usam para se comunicar com seu filho em casa</p> <p>_____</p> <p>2. Liste o(s) idioma(s) que seu filho usa atualmente para se comunicar com outras pessoas.</p> <p>_____</p> <p>3. Liste o(s) idioma(s) que seu filho entendeu e usou pela primeira vez para se comunicar.</p>
<b>SEÇÃO 2: Serviços de Interpretação e Tradução</b> 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.	<p>4. Em que idioma(s) sua família prefere receber <b>comunicação escrita</b> da escola? Pai/Responsável 1: _____</p> <p>Pai/Responsável 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)? _____ Sim _____ Não Se sim, em qual(is) idioma(s)?</p> <p>Pai/Responsável 1: _____</p> <p>Pai/Responsável 2: _____</p>

# INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

## PESQUISA DE IDIOMA NACIONAL

### 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 alguma 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):**



# INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

## LANÇAMENTO DE REGISTROS

### AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAR/OBTER REGISTROS ALUNOS

Eu, \_\_\_\_\_, sou o pai/responsável legal do aluno abaixo nomeado. Eu autorizo a liberação de todos os registros acadêmicos, incluindo transcrições oficiais, resultados de testes, disciplina, saúde, educação especial, registros de alunos de inglês e qualquer outra informação relacionada ao meu filho para/das Escolas Públicas de Ashland. Além disso, dou permissão às Escolas Públicas de Ashland para falar com os antigos/novos professores, diretor, conselheiro escolar e outros funcionários da escola de meu filho, conforme necessário.

\_\_\_\_\_  
Assinatura dos Pais ou Responsáveis

\_\_\_\_\_  
Data

Nome do aluno:

Data de nascimento:

Morada atual:

Nome da escola anterior ou nova:

Nível de ensino:

Endereço escolar:

Cidade, Estado e CEP:

Número de telefone:

Número de fax:

### FOR SCHOOL USE ONLY

School records must be requested from or submitted to:

School	Address	Fax	Email
♦ Ashland High School	65 E. Union St.	508-881-0186	Jessica Blank <a href="mailto:jblank@ashland.k12.ma.us">jblank@ashland.k12.ma.us</a>
♦ Ashland Middle School	87 W. Union St.	508-881-0169	Christine Watt <a href="mailto:cwatt@ashland.k12.ma.us">cwatt@ashland.k12.ma.us</a>
♦ David Mindess School	90 Concord St.	508-881-0153	Jamie Giles <a href="mailto:jgiles@ashland.k12.ma.us">jgiles@ashland.k12.ma.us</a>
♦ Henry E. Warren Elementary School	73 Fruit St.	508-881-0191	Girija Phatak <a href="mailto:gphatak@ashland.k12.ma.us">gphatak@ashland.k12.ma.us</a>
♦ William Pittaway School	75 Central St.	508-881-0148	Donna Pederson <a href="mailto:dpederson@ashland.k12.ma.us">dpederson@ashland.k12.ma.us</a>

Special education records must be requested from or submitted to:

Makayla Warner	508-881-0152	87 West Union Street, Ashland, MA. 01721	mwarner@ashland.k12.ma.us
----------------	--------------	--	---------------------------



# INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

## PESQUISA DE EXPERIÊNCIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Esta pesquisa é exigida pelo Departamento Estadual de Educação Elementar e Secundária para todos os alunos do Jardim de Infância.

Nome do aluno:

---

Que tipo de experiência educacional seu filho teve antes do jardim de infância? Marque apenas um.

1.  Nenhuma experiência formal em programas para a primeira infância
2.  Apoio à família: Envolvimento coordenado da família e da comunidade (CFCE)
3.  Apoio à Família: Programa Casa Pais-Filhos (PCHP)
4.  Apoio à Família: CFCE e PCHP
5.  Formal: Prestador de cuidados infantis familiares licenciado menos de 20 horas por semana
6.  Formal: Prestador de Cuidados Infantis Familiares Licenciado com mais de 20 horas por semana
7.  Formal: Programa Baseado em Centro com menos de 20 horas por semana
8.  Formal: Programa Baseado em Centro superior a 20 horas por semana
9.  Formal: AMBOS Provedor de Cuidados Infantis Familiares e Programa Baseado em Centro menos de 20 horas por semana
10.  Formal: AMBOS Provedor de Cuidados Infantis Familiares e Programa Baseado em Centro superior a 20 horas por semana

Nome dos pais:

Encontro:

---