

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA MATRÍCULA DE NOVOS ALUNOS 2026-2027

Nome do aluno: _____

Data de hoje: _____

Grau: _____

Novo nas Escolas Públicas do Condado de Broward

- PACOTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIDO E DEVOLVIDO (todos os formulários)
- REGISTRO DE IMUNIZAÇÃO (formulário # 680 ou # 681 - deve ser assinado por um médico)
- FÍSICO - FORMULÁRIO DE SAÚDE DE ENTRADA NA ESCOLA no último ano
- COMPROVANTE DE IDADE (certidão de nascimento ou passaporte)
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO PRIMÁRIO (veja abaixo os documentos aprovados)
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO SECUNDÁRIO (veja abaixo os documentos aprovados)

Transferência dentro das Escolas Públicas do Condado de Broward

- PACOTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIDO E DEVOLVIDO (todos os formulários)
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO PRIMÁRIO (veja abaixo os documentos aprovados)
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO SECUNDÁRIO (veja abaixo os documentos aprovados)

Documentos de comprovante de endereço aprovados

COMPROVANTE DE ENDEREÇO PRINCIPAL (escolha um)

- Se você é o **PROPRIETÁRIO** da sua casa:
 - Fatura do imposto predial (impressão de bcpa.net aceitável)
 - Cartão de isenção de herdade
 - Ação
 - Declaração de hipoteca atual
 - Contrato de compra de casa com data de fechamento
- Se você **ALUGAR** sua casa:
 - Contrato de locação atual com informações de contato do proprietário
 - Recibo de aluguel atual com informações de contato do proprietário

COMPROVANTE DE ENDEREÇO SECUNDÁRIO (escolha um)

- Conta de serviços públicos atual (eletricidade, água, lixo/esgoto)
- Conta atual de casa ou telefone celular
- Carteira de motorista ou carteira de identidade da Flórida
- Seguro ou registro de carro
- Extrato atual do cartão de crédito
- Últimos 2 extratos de conta bancária
- Notificação de alteração de endereço dos Correios dos EUA

Este formulário contém informações confidenciais (inclusive dados sensíveis) protegidas pela Lei de Privacidade e Direitos Educacionais da Família (FERPA). As informações não devem ser usadas ou divulgadas, exceto quando permitido pelas leis federais e estaduais.

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA ESTUDANTIL DAS ESCOLAS PÚBLICAS DO CONDADO DE BROWARD DE 2026-2027

Student Number:	School/Teacher:	Date:	Grade Level:	Entry Code:
Somente os pais/responsáveis (F.S. §1000.21(5)) podem retirar o(a) estudante de sua escola atual, a menos que haja documentação de circunstâncias atenuantes que indiquem o contrário. Se houver mudanças nas informações abaixo, o(a) pai/mãe/responsável tem a responsabilidade de notificar a escola por escrito no prazo de 10 dias letivos. Os dados pessoais fornecidos neste formulário serão mantidos confidenciais (em uma área protegida) e somente usados e divulgados pela equipe da escola e do distrito caso absolutamente necessário.				
Sobrenome (Legal) do(a) Estudante	Nome (Legal)	Nome do Meio	Sufixo	
Gênero	Data de Nascimento	Local de Nascimento (Cidade/Estado/País)		
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino				
Número do Social Security	Nome(s) Preferido(s)/Apelido(s)			
*Não é necessário para matrícula ou graduação. F.S. §1008.386 requer que o SBBC solicite o SSN para seu sistema de gerenciamento de informações.	Os funcionários podem se referir ao(à) meu(minha) filho(a) usando o(s) nome(s) preferido(s) ou apelido(s) listado(s) acima em todos os documentos não oficiais e durante eventos da escola/distrito.			
Endereço Residencial Principal do(a) Estudante	Apto	Cidade	CEP	Telefone Residencial
Aprendizes de Língua Inglesa (ELL) e Questionário sobre o Idioma Falado em Casa				
(Se a resposta for "Sim" a alguma dessas perguntas, o(a) estudante deve fazer o teste de proficiência em inglês.)				
Idioma de preferência dos pais para comunicação: _____		Data de entrada do(a) estudante na escola nos EUA: ____/____/____		
O primeiro idioma do(a) estudante é diferente do inglês?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Caso "sim", qual idioma?	
Fala-se outro idioma em casa que não seja o inglês?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Caso "sim", qual idioma?	
O estudante fala outro idioma com mais frequência do que o inglês?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Caso "sim", qual idioma?	
Etnia	Raça (Assinalar todas as opções aplicáveis)			
<input type="checkbox"/> Não Hispânico ou Não Latino <input type="checkbox"/> Hispânico ou Latino	<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático			
	<input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Nativo Havaiano/Ilhéu do Pacífico			
O(A) Estudante Já Foi ou Esteve Alguma Vez:	O(A) Estudante:			
Avaliado quanto a uma ameaça comportamental? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tem um plano de segurança ativo?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Encaminhado para serviços de saúde mental? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tem um plano de monitoramento ativo? (SSMP)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Avaliado quanto ao risco de suicídio ou automutilação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
A residência principal do(a) estudante é: (Assinale apenas uma opção)				
<input type="checkbox"/> De propriedade do(a) pai/mãe/responsável				
<input type="checkbox"/> Alugada com contrato válido de aluguel. Data de Validade: _____				
<input type="checkbox"/> Compartilhada com alguém por escolha (não devido a dificuldades financeiras), com uma Declaração Juramentada de Habitação Compartilhada válida				
<input type="checkbox"/> Compartilhada com alguém por motivo de perda de moradia, dificuldade financeira ou motivo semelhante. (Elegível para McKinney-Vento)				
A residência principal do(a) estudante é:				
Espaço público, algum tipo de veículo, estação de ônibus ou trem, prédio abandonado, moradia precária ou ambiente semelhante?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Abrigo provisório ou de emergência?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Hotel/motel, parque de trailers ou área de camping devido à falta de alternativas de alojamento adequado?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
O(A) Estudante Mora em:				
Moradia de aluguel acessível (tal como moradia subsidiada pela Seção 8)?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Terras indígenas?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Propriedade federal, instalação militar de propriedade federal ou propriedade da NASA?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
O(A) Estudante Já Foi ou Esteve Alguma Vez:				
Matriculado em uma Escola Pública de Broward? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Reprovado (repetiu a mesma série)?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Matriculado em uma Escola Charter de Broward? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em Educação de Estudantes Excepcionais (ESE)?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Em um programa de Educação Domiciliar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em um plano 504?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Expulso da escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em um programa de inglês para falantes de outros idiomas (ESOL)?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Condenado por um crime grave? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em um programa Magnet?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Envolvido no Sistema de Justiça Juvenil? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em acolhimento familiar?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Em um programa para Superdotados?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Este formulário contém informações confidenciais (inclusive dados sensíveis) protegidas pela Lei de Privacidade e Direitos Educacionais da Família (FERPA). As informações não devem ser usadas ou divulgadas, exceto quando permitido pelas leis federais e estaduais.

Informações de Escolas Anteriores							
Nome(s) da(s) Escola(s) Anterior(es)		Cidade/Estado/País	Período de Frequência	Série	Tipo		
					<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Charter <input type="checkbox"/> Educ. Domiciliar		
					<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Charter <input type="checkbox"/> Educ. Domiciliar		
					<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Charter <input type="checkbox"/> Educ. Domiciliar		
<p>Os estudantes devem apresentar um histórico escolar oficial que comprove sua formação ou créditos no momento da admissão. Se o histórico escolar não for apresentado, o(a) estudante será matriculado(a) provisoriamente, com base nos registros educacionais disponíveis ou no nível de série indicado nos registros. Os pais devem preencher um Formulário de Alocação Temporária (<i>Temporary Placement Form</i>) com o entendimento de que o(a) estudante será alocado(a) temporariamente até que os registros sejam recebidos e analisados para a alocação na série adequada.</p>							
Você está fornecendo os registros escolares?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se não, os registros estarão disponíveis em uma data posterior?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Telefone Celular do(a) Estudante		E-mail do(a) Estudante					
Dados dos Pais/Responsáveis							
O(A) Estudante Mora com:							
<input type="checkbox"/> Um dos Pais <input type="checkbox"/> Ambos os Pais (mesmo endereço) <input type="checkbox"/> Ambos os Pais (endereços diferentes) <input type="checkbox"/> Responsável Legal <input type="checkbox"/> Estudante Independente <input type="checkbox"/> Outra Pessoa: _____							
Pai/Mãe/Responsável	Nome (Legal)		Sobrenome (Legal)		Nº da Carteira de Motorista		Relação com o(a) Estudante
	E-mail do(a) Pai/Mãe		Celular do(a) Pai/Mãe		Telefone do Trabalho do(a) Pai/Mãe		
Outro(a) Pai/Mãe/Responsável	Nome (Legal)		Sobrenome (Legal)		Nº da Carteira de Motorista		Relação com o(a) Estudante
	E-mail do(a) Pai/Mãe		Celular do(a) Pai/Mãe		Telefone do Trabalho do(a) Pai/Mãe		
	Endereço Residencial do(a) Pai/Mãe		Apto	Cidade		Estado	CEP
Há alguma ordem judicial que impeça um dos pais de retirar o(a) estudante da escola?							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Os pais têm poder familiar compartilhado (ou conjunto)?							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Um dos pais tem autoridade para tomar a decisão final com relação às decisões educacionais do(a) estudante							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Há alguma medida protetiva de urgência, medida protetiva permanente, ordem de não contato ou outra ordem judicial que restrinja ou afete o acesso ao(a) estudante por qualquer pessoa, inclusive o outro pai/mãe?							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Forneça à escola cópias de quaisquer ordens judiciais aplicáveis.							
Um dos pais é:							
Membro ativo das forças armadas, incluindo a Guarda Nacional e Reserva? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Caso sim, qual divisão? _____							
Veterano(a), dispensado(a) por motivos médicos ou falecido(a) em serviço ativo das forças armadas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Caso sim, qual divisão? _____							
Empregado(a) em agricultura ou indústria de pesca em qualquer momento nos últimos três anos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
<p>Até onde é do meu conhecimento, as informações acima estão corretas e completas. Em caso de mudança de nome, endereço ou telefone, notificarei a escola por escrito no prazo de dez (10) dias úteis. Entendo que os estudantes cujos pais forem descobertos, após investigação apropriada, que enviaram informações fraudulentas com o objetivo de matricular um estudante em uma escola para a qual o estudante não foi designado, serão imediatamente retirados pela escola e os pais deverão matricular o estudante na escola de sua devida zona escolar ou seguir os procedimentos de transferência. Li e compreendi que devo apresentar documentação adequada de comprovante de residência, de acordo com a Política 5070 do Conselho Escolar. O Estatuto da Flórida §837.06 estabelece que qualquer pessoa que conscientemente fizer uma falsa declaração por escrito com a intenção de enganar um funcionário público no desempenho de suas funções oficiais será culpada de uma contravenção de segundo grau. O Estatuto da Flórida §92.525 prevê que quem conscientemente fizer uma declaração falsa sob penas de perjúrio é culpado do crime de perjúrio por declaração falsa por escrito, um crime de terceiro grau.</p>							
Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável			Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável			Data	
Nome do(a) Outro(a) Pai/Mãe/Responsável			Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável			Data	

Ficha de Contato de Emergência do Estudante das Escolas Públicas do Condado de Broward de 2026-27

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). Por favor, preencha corretamente as informações em ambos os lados deste cartão. Use caneta e escreva de forma legível. Os nomes de ambos os pais do(a) estudante/responsáveis (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) Preferido(s)/Apelido(s):			
	Os funcionários podem se referir ao meu(minha) filho(a) usando o(s) nome(s) preferido(s) ou apelido(s) listado(s) acima em todos os documentos não oficiais e durante eventos escolares ou do Distrito.			
	Assinatura:		Data:	Relação:
Pai/Mãe	Sobrenome:	Nome:	Telefone Celular:	
	Endereço Residencial (se diferente do estudante):	Cidade, Estado, CEP:	Telefone Residencial:	
	Empregador:	Telefone do Trabalho:	E-mail do Pai/Mãe:	
Outro Pai/Mãe	Sobrenome:	Nome:	Telefone Celular:	
	Endereço Residencial (se diferente do estudante):	Cidade, Estado, CEP:	Telefone Residencial:	
	Empregador:	Telefone do Trabalho:	E-mail do Pai/Mãe:	
Pessoas Autorizadas a Buscar o(a) Estudante/Contato	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.			
	Nome:	Relação:	Telefone:	
Declaro que as informações que constam nesta ficha são verdadeiras e corretas. Avisarei a secretaria da escola imediatamente sobre quaisquer mudanças:				
Assinatura:		Data:	Relação:	
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.				

Ficha de Contato de Emergência do Estudante das Escolas Públicas do Condado de Broward de 2026-27

Este formulário deve ser atualizado anualmente

Student Last Name:

First:

Middle:

Grade Level:

Autorização para Serviços de Saúde	<p>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.).</p> <p><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.</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO, eu entendo 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 sem assinar, os funcionários da escola NÃO poderão cuidar de seu(sua) filho(a), a menos que haja uma emergência médica.</p>		
	<p>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, 1º ano, 3º ano e 6º ano) 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.</p> <p>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).</p>		
	<p>Assinatura: _____ Data: _____ Relação: _____</p>		
Dados Médicos	<p>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 também enviar documentação de um profissional de saúde para a escola de seu(sua) filho(a).</p> <p><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:</p>		
	<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"/> Fibrose cística	<input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 1	<input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 2
	<input type="checkbox"/> Distúrbio renal	<input type="checkbox"/> Lúpus	<input type="checkbox"/> Condições de saúde mental/comportamental
<p><input type="checkbox"/> Asma (toma atualmente medicamentos diários ou de emergência)</p> <p><input type="checkbox"/> Condições cardíacas</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsia/Transtornos convulsivos (SEM incluir convulsões febris)</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia falciforme (NÃO traço falciforme)</p> <p><input type="checkbox"/> Outra condição (descrever): _____</p>			
<p>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</p>			
Seguro-Saúde	<p>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</p>		
	<p>Se NENHUM, temos sua permissão para encaminhar o nome do(a) 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?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, favor assinar aqui: _____ <input type="checkbox"/> Não</p>		
Divulgação de Dados Médicos e Emergência	<p>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.</p>		
	<p>Assinatura: _____ Data: _____</p> <p>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.</p>		
Informações de Saída da Escola	<p>Procedimentos Regulares de Saída da Escola: Em um dia normal, como seu(sua) filho(a) sairá da escola?</p>		
	<input type="checkbox"/> De carro	<input type="checkbox"/> De ônibus escolar	<input type="checkbox"/> Usar 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
	<p>Procedimentos de Saída de Emergência: No caso de forte tempestade ou outra emergência imprevista, seu(sua) filho(a) foi orientado(a) a:</p>		
<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: _____
<p>Liste outros idiomas falados em casa: _____</p>			
Questionário	<p>Para que possamos entender as necessidades de nossa comunidade escolar, responda às perguntas a seguir.</p>		
	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	
<p>Indique o método de contato de sua preferência: <input type="checkbox"/> Ligação <input type="checkbox"/> Mensagem de texto <input type="checkbox"/> E-mail</p>			



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).

Pesquisa de Registro de Alunos Excepcionais do McNab Elementary

Nome _____ série do aluno: _____

Nome dos pais/responsáveis _____

Telefone (C) _____ (W) _____

Indique abaixo se seu filho esteve em algum programa especial na escola anterior. Se eles ter trabalhado com qualquer professor que não seja o professor da sala de aula regular, indique "Sim".

_____ Não, meu filho não participou de nenhum programa excepcional para estudantes em sua escola anterior

_____ Sim, meu filho esteve no(s) seguinte(s) Programa(s) de Educação de Alunos Excepcionais em sua escola anterior:

Nome da escola _____

Cidade _____ Estado _____ Telefone _____

Por favor, verifique o(s) programa(s) em que eles estavam inscritos:

_____ Fala e Linguagem

_____ Dotado

_____ Dificuldade de Aprendizagem Específica (SLD)

_____ Emotionally Deficientes

_____ Terapia ocupacional

_____ Fisioterapia

_____ Outros – Especifique _____

Assinatura dos pais/responsáveis _____ Data: _____

Por favor, encaminhe este formulário para o especialista ESE

PESQUISA DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE DE NOVOS ALUNOS

DATA: _____ INSERIR A SÉRIE: _____

NOME DO ALUNO: _____

POR FAVOR, CIRCULE SIM ou NÃO:

SEU FILHO TEM ALERGIA A AMENDOIM? Sim ou não
SEU FILHO USA UMA EPI-PEN? Sim ou não
SEU FILHO TEM DIABETES? Sim ou não

POR FAVOR, VERIFIQUE OS CÓDIGOS DE SAÚDE ABAIXO QUE PERTENCEM AO SEU FILHO:

____ GASTROINTESTIONAL DISTÚRBIOS ____ SICKLE DOENÇA CELULAR
____ ALERGIAS GRAVE/ANAFILAXIA ____ SPINA BIFIDA
____ ALERGIAS NÃO GRAVE ____ CÂNCER
____ EATING (ANOREXIA/BULIMIA) SÍNDROME ____ TOURETTE
____ ARTRITE ____ OTHER DEFICIÊNCIAS
____ ASTHMA/DOENÇA REATIVA DAS VIAS AÉREAS ____ HEARING
PREJUDICADO
____ LÚPUS ____ VISION PREJUDICADO
____ PARALISIA CEREBRAL ____ FIBROSE CÍSTICA
____ TYPE 1 DIABETES ____ DOENÇA RENAL
____ TYPE II DIABETES ____ ENXAQUECA
____ EPILEPSY/CONVULSÕES ____ TRANSTORNOS MENTAIS/COMPORTAMENTAIS
____ CARDIAC CONDIÇÃO ____ AUTISMO
DISTÚRBO ____ BLEEDING/HEMOFILIA ____ ORTHOPEDIC DISTÚRBIOS
____ IMMUNE DEFICIÊNCIA ____ NEUROLOGICAL DISTÚRBIOS
____ DISTROFIA MUSCULAR ____ MASK EXCEÇÃO
____ ESCOLIOSE ____ ADD/TDAH

Outros/Notas:

Política de vestimenta unificada da McNab Elementary



- Os alunos podem usar qualquer camisa polo de cor sólida com gola. Pode ser o tipo de três botões ou camisas de botão completas.
- Os alunos podem usar calças pretas, azul marinho ou cáqui. Para os meninos, isso significa calças ou shorts. Para as meninas, também pode incluir saias, saias e calças capri ou suéteres.
- Os alunos podem usar uma camiseta da McNab Elementary (que pode ser adquirida através do PTA) às sextas-feiras.
- Os alunos que não vierem à escola com o uniforme correto receberão um aviso. Vários avisos resultarão em uma referência.

*Os sapatos ainda devem atender aos padrões do Código de Conduta do Estudante do Condado de Broward e devem ser próximos e ter costas. Não são permitidas sandálias ou chinelos.

* Os alunos não podem usar jeans ou shorts jeans, exceto às sextas-feiras com suas camisetas McNab OU se o tempo estiver abaixo de 55 graus.



**WE ARE OPEN FOR
REGISTRATION**



JULY 7, 2025

OUR ACTIVITIES

- ✓ **HOMESCHOOL**
- ✓ **OUTDOOR PLAY**
- ✓ **ARTS AND CRAFTS**
- ✓ **S.T.E.M**
- ✓ **FUN ACTIVITIES**

**\$36 REGISTRATION FEE PER FAMILY
\$256.20 PER SESSION
MONDAY TO FRIDAY
2:00 TO 6:00 PM**

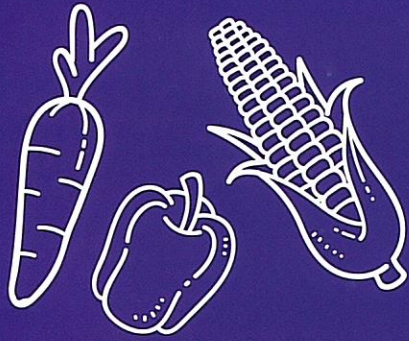
WE ACCEPT ELC !!!
THE EARLY LEARNING COALITION
GRANT IS USED TO ASSIST WITH THE
COST OF TUITION. APPLY TODAY
WWW.ELCBROWARD.ORG

**MULTIPLE CHILD AND BROWARD
SCHOOL BOARD EMPLOYEE
DISCOUNTS AVAILABLE**



Aftercare Programs Serving McNab 2025-26

<u>NAME OF PROGRAM</u>	<u>PHONE NUMBER</u>
ASP Kids (on campus)	954-637-9107
Brighton Academy	954-782-1234
Windsor Park	954-489-0181
Children's Love	888-666-7319
	954-508-1256
Excelsior	754-205-2427
Children of the Spirit	954-942-0211
Kiddyland	954-942-2545
Champions World	954-826-6362 (Ms. Desiree)
Tribo - Velocity Martial Arts	954-937-4666
Kidz on the Rise	954-933-7630
Our Children's Workshop	954-646-3993
Ninja Kids	954-564-1119
First Baptist	954-745-6131
	cell: 954-650-4869
City of Pompano	954-786-4111



It's time to
POWER UP!



Established 1915
BROWARD
County Public Schools



Broward County Public Schools
Food and Nutrition Services

APPLICATIONS ARE BACK!

APPLY ONLINE FOR FREE OR REDUCED LUNCH

Students will pay full price for lunch, if not approved for free or reduced-price meals. Completing a Meal Benefits Application may qualify your student for free or reduced price meals.

APPLY NOW!

APPLY NOW!

APPLY NOW!



or apply online at

MYSCHOOLAPPS.COM

754-321-0250

**Freeandreducedmeals
@browardschools.com**

The School Board of Broward County, Florida, prohibits any policy or procedure which results in discrimination on the basis of age, color, disability, gender identity, gender expression, genetic information, marital status, national origin, race, religion, sex or sexual orientation. The School Board also provides equal access to the Boy Scouts and other designated youth groups. Individuals who wish to file a discrimination and/or harassment complaint may call the Director, Equal Educational Opportunities/ADA Compliance Department & District's Equity Coordinator/Title IX Coordinator at 754-321-2150 or email eeo@browardschools.com. Individuals with disabilities requesting accommodations under the Americans with Disabilities Act Amendments Act of 2008, (ADAAA) may call Equal Educational Opportunities/ADA Compliance Department at 754-321-2150 or email eeo@browardschools.com.