



Wachusett Regional School District

Holden, Paxton, Princeton, Rutland, Sterling

Protocolo de Residência e Inscrição

Para frequentar as escolas do Distrito Escolar Regional de Wachusett, o aluno deve residir em uma das cinco cidades: Holden, Paxton, Princeton, Rutland ou Sterling. Presume-se que a residência da criança menor de idade seja a residência legal e principal do(s) pai(s) ou responsável(is) que detêm a guarda física da criança.

“**Residência**” é o lugar primário onde uma pessoa mora permanentemente, não temporariamente, e é o lugar que é o centro de sua vida doméstica, social e cívica. A residência temporária em qualquer uma das cidades incluídas no Distrito, exclusivamente com o propósito de frequentar as escolas do Distrito de Wachusett, não será considerada residência.

Ao determinar a residência, o Distrito Escolar Regional de Wachusett reserva-se o direito de solicitar uma variedade de documentação e conduzir uma investigação sobre onde o aluno realmente reside. Como a residência pode mudar para os alunos e suas famílias durante o ano acadêmico, o Distrito Escolar Regional de Wachusett pode continuar a verificar a residência após o início das aulas.

Verificação

Antes que qualquer criança seja designada ou convidada a frequentar uma escola no Distrito Escolar Regional de Wachusett, seus pais ou responsável legal devem fornecer um item de cada coluna na tabela a seguir como comprovante de residência principal. Os pedidos de inscrição não podem ser processados sem estes documentos.

Coluna A (deve fornecer um)	Coluna B (deve fornecer um)	Coluna C (deve fornecer um)
Comprovante de Residência	Comprovante de Ocupação	Comprovante de Identificação
Registro de pagamento recente de hipoteca e/ou conta do imposto predial	Conta recente datada dos últimos 60 dias mostrando endereço na WRSD	Carteira de Habilitação
Cópia do contrato de locação e registro de pagamento recente do aluguel	Conta de Gás	Documento de Identificação com Foto Válido em MA
Declaração do Locador e pagamento recente do aluguel	Conta de Petróleo	Passaporte Válido
Acordo da Seção 8	Conta de Energia	
	Conta de telefone residencial (não de celular)	
<u>Para toda nova construção</u> , deve providenciar um Certificado de Ocupação	Conta de TV a Cabo	
	Conta de Imposto de Consumo	

Maiores Esclarecimentos:

Qualquer aluno que tenha uma residência dividida devido à custódia física conjunta, terá uma matrícula concedida no Distrito e/ou será autorizado a permanecer com prova de que a criança esteja vivendo pelo menos 50% do tempo dentro do Distrito. Um documento do tribunal que faça referência à custódia 50/50 verificará a situação de vida da criança.

Esta política de residência não se aplica aos alunos sem-teto.

Qualquer família que seja capaz de fornecer os comprovantes de residência exigidos pode baixar o formulário de inscrição e outros documentos pertinentes, preenchê-los totalmente e marcar uma consulta diretamente com a escola na qual a criança será matriculada.

Se suas circunstâncias pessoais o impossibilitarem de fornecer o comprovante de residência exigido, consulte o Gerente de Serviços ao Aluno no Escritório Central, 1745 Main Street, Jefferson, Massachusetts 508-829-1670, ramal 237.

Se você compartilha moradia com um amigo ou parente, você pode usar a declaração juramentada de inquilinato do proprietário/locatário para cumprir uma das exigências de comprovação de residência. A pessoa com quem você está morando deve preencher a declaração de residência para confirmar sua residência. Se você estiver residindo temporariamente com um amigo ou parente devido a dificuldades econômicas, perda de moradia, ou uma razão semelhante, você pode se qualificar como desabrigado sob a Lei Nenhuma Criança Deixada para Trás. As famílias desabrigadas não são obrigadas a apresentar a mesma prova de residência. Favor entrar em contato com o Gerente de Serviços ao Aluno no Escritório Central, 1745 Main Street, Jefferson, Massachusetts 508-829-1670, ramal 237 para obter assistência no registro de seu filho(a).

Penalidades

As famílias que forem consideradas em violação da política de residência enfrentarão penalidades severas, inclusive:

- Dispensa imediata da escola
- Multas diárias pelos serviços educacionais e afins acessados como não-residente, que se baseiam no número de dias que o aluno frequentou a escola e na média de custo por aluno para o distrito
- Possível ação legal

Os seguintes documentos devem ser preenchidos na íntegra. Em seguida, pode ser feita uma consulta com a escola para apresentar os documentos completos para consideração e matrícula.



Wachusett Regional School District

Holden, Paxton, Princeton, Rutland, Sterling

INSCRIÇÃO DO ALUNO

Informações do Aluno (letra de forma)

Nome: _____
Sobrenome Nome Nome do Meio

Nome Preferido: _____ Telefone Primário: _____

Idade: _____ Data de Nasc.: _____ Gênero: _____ Local de Nasc.: _____

Escola que seu filho frequentará: _____ Data de Início: _____

Série de Entrada: _____

Escola Anterior: _____ Telefone: _____

Endereço da Escola Anterior: _____
Rua Cidade Estado Código Postal

Endereço Residencial

Rua, Apto/Suíte: _____

Cidade, Estado, Código Postal: _____

Informações de Correspondência

Rua, Apto/Suíte: _____

Cidade, Estado, Código Postal: _____

Informações Adicionais de Correspondência

Nome, Cidade, Estado, Código Postal: _____

Informações Adicionais

Existe documentação no que se refere a um status de separação/divórcio e direitos de custódia? ☐ Sim ☐ Não

O aluno está sob guarda provisória da Divisão de Serviços Sociais de Massachusetts? ☐ Sim ☐ Não

O aluno é considerado "Ward of the Court" (guarda do estado)? ☐ Sim ☐ Não

Informações Federais sobre Etnia e Raça

O aluno é Hispanico ou Latino? ☐ Sim ☐ Não

Raça do Aluno: ☐ (A) Asiático ☐ (B) Negro / Afro-americano ☐ (I) Indígena Americano / Nativo do Alasca

☐ (P) Nativo do Havaí / Outra Ilha do Pacífico ☐ (W) Branco

Nome do Aluno: _____

Informações da Família (letra de forma)O Aluno Reside com: ☐ Pais ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Tutor ☐ OutroOs Pais Estão: ☐ Juntos ☐ Separados ☐ Divorciados ☐ FalecidosUm dos pais ou tutores esteve em serviço militar ativo dentro do último ano? (Opcional) ☐ Sim ☐ Não

Pai/Mãe _____

Telefone Residencial _____

Celular _____

E-mail _____

Empregador _____

Telefone Comercial _____

Pai/Mãe _____

Telefone Residencial _____

Celular _____

E-mail _____

Empregador _____

Telefone Comercial _____

Padrasto/Madrasta _____

Tel. Residencial do Padrasto/Madrasta: _____

Celular do Padrasto/Madrasta: _____

E-mail do Padrasto/Madrasta: _____

Empregador do Padrasto/Madrasta: _____

Tel. Comercial do Padrasto/Madrasta: _____

Outro Tutor _____

Telefone Residencial de Outro Tutor: _____

Padrasto/Madrasta _____

Tel. Residencial do Padrasto/Madrasta: _____

Celular do Padrasto/Madrasta: _____

E-mail do Padrasto/Madrasta: _____

Empregador do Padrasto/Madrasta: _____

Tel. Comercial do Padrasto/Madrasta: _____

Outro Tutor _____

Telefone Residencial de Outro Tutor: _____

Informações de Contato de Emergência (outro que não seja pai/mãe)

Contato de Emergência 1: _____ Relação: _____

Telefone do Contato de Emergência 1: _____ ☐ Trabalho ☐ Residência ☐ Celular

Contato de Emergência 2: _____ Relação: _____

Telefone do Contato de Emergência 2: _____ ☐ Trabalho ☐ Residência ☐ Celular

Médico: _____ Telefone: _____

Dentista: _____ Telefone: _____

Condição Médica: _____

Informações sobre o Mensageiro Escolar

O Mensageiro Escolar é um sistema automatizado de notificação por telefone usado pelas escolas para entrar em contato com os pais em caso de cancelamentos ou atrasos devido ao mau tempo, bem como eventos importantes na escola ou no distrito. As notificações serão entregues ao número de telefone principal listado na primeira página do formulário de inscrição.

Assinatura do Pai/Mãe/Tutor _____ Data _____

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):
País de nascimento do aluno	Data da primeira matrícula em qualquer escola dos EUA	
Nomes dos Pais/Responsáveis 1:		
Nomes dos Pais/Responsáveis 2:		

SEÇÃO 1:

Pergunta 1	Liste o(s) idioma(s) que os pais e/ou responsáveis principais usam para se comunicar com seu filho em casa.	
Pergunta 2	Liste o(s) idioma(s) que seu filho usa atualmente para se comunicar com outras pessoas.	
Pergunta 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 é apenas para fins informativos e não é usada para identificar se seu filho precisa de apoio para aprender inglês.

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

Nomes dos Pais/Responsáveis: _____

Assinatura dos Pais/Responsáveis: _____

Data (mm/dd/aaaa): _____



Wachusett Regional School District

Holden, Paxton, Princeton, Rutland, Sterling

SOLICITAÇÃO DE REGISTROS DO ALUNO

A QUEM POSSA INTERESSAR:

Por meio deste, autorizo: _____

a encaminhar os registros especificados abaixo e pertencentes a:

Nome do Aluno

Data de Nascimento

- () Transcrição de registros
() Pontuações em testes padronizados
() Histórico de Saúde (incluindo imunizações)
() Programa de Educação Individualizado e avaliações relacionadas
() Outras informações de orientação disponíveis (ou seja, avaliações de professores/orientadores, atividades extracurriculares, etc.)
() Registro Disciplinar
() Aprendiz do Idioma Inglês (Informações de ELL)
() Outro (especifique) _____

Assinatura do Pai/Mãe Tutor ou Aluno

Data

Enviar para a escola a ser matriculado: _____

DISTRITO ESCOLAR REGIONAL DE WACHUSETT
HISTÓRICO DE DESENVOLVIMENTO DO JARDIM DE INFÂNCIA

Nome do Aluno _____ ☐ Masc. ☐ Fem.
Sobrenome Primeiro Nome Nome do Meio

Endereço Residencial _____ Telefone _____

Local de Nascimento _____ Data de Nasc. _____

Você acha que seu filho teve algum atraso para realizar qualquer uma das seguintes ações?

Sentar	Sim ☐ Não ☐	Aprender a usar o banheiro	Sim ☐ Não ☐
Engatinhar	Sim ☐ Não ☐	Alimentar-se	Sim ☐ Não ☐
Andar	Sim ☐ Não ☐	Parto Prematuro	Sim ☐ Não ☐
Usar palavras simples	Sim ☐ Não ☐	Parto Normal	Sim ☐ Não ☐
Usar frases completas	Sim ☐ Não ☐	Comentários: _____	

Seu filho(a) frequentou o maternal? Sim ☐ Não ☐ Onde? _____ Por quanto tempo? _____

As questões a seguir referem-se a problemas em áreas como audição, visão, fala, linguagem e desenvolvimento físico, intelectual, social e emocional.

Você tem algum motivo para suspeitar que seu filho(a) possa precisar de serviços ou considerações especiais em seu ambiente escolar ou currículo? Sim ☐ Não ☐ Se sim, explique: _____

Seu filho(a) já foi avaliado por alguma condição ou problema que possa ter relação com o desempenho escolar? Sim ☐ Não ☐ Se sim, explique: _____

As recomendações foram cumpridas? Sim ☐ Não ☐ Se sim, explique: _____

As informações sobre esta avaliação e/ou tratamento estariam disponíveis para a equipe apropriada da escola? Sim ☐ Não ☐

Se sim, forneça o(s) nome(s) e endereço(s) da(s) pessoa(s) ou agência(s) de quem essas informações podem ser obtidas:

Seu filho(a) está atualmente matriculado em algum programa escolar especial? Sim ☐ Não ☐

Se sim, explique: _____

Que palavras melhor descrevem seu filho(a)?

☐ tímido	☐ autoconfiante	☐ cooperativo
☐ feliz	☐ ciumento	☐ carinhoso
☐ excitável	☐ nervoso	☐ negativo
☐ conversador	☐ outro _____	

Qual mão seu filho prefere? ☐ direita ☐ esquerda

Que palavras melhor descrevem os sentimentos de seu filho(a) em relação à escola?

☐ entusiasmado	☐ ansioso	☐ medroso	☐ feliz
☐ indiferente	☐ apreensivo	☐ outro _____	

A fala de seu filho(a) é facilmente compreendida por estranhos? _____

Ele/ela tem dificuldades de fala? _____

Seu filho(a) tem algum medo, como:

☐ trovões	☐ ficar sozinho
☐ escuro	☐ cães ou outros animais
☐ barulhos	☐ outro _____

Seu filho(a) tem algum problema especial?

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| ☐ visão | ☐ audição | ☐ comer |
| ☐ roer unhas | ☐ chupar dedo | ☐ xixi na cama |
| ☐ fala | ☐ teimosia | ☐ birras |
| ☐ "acidentes" nas calças | ☐ alergias ambientais (pólen, etc.) | |
| ☐ outro, se sim, liste _____ | | |

Seu filho(a) tem alguma condição física que o impeça de participar de um programa ativo no jardim de infância?

Sim ☐ Não ☐ Se sim, explique: _____

Seu filho(a) brinca com:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ irmão/irmã | ☐ sozinho | ☐ crianças menores |
| ☐ crianças maiores | ☐ crianças da vizinhança | ☐ um amigo próximo |

Seu filho(a) já teve alguma dessas experiências?

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| ☐ biblioteca | ☐ parque público | ☐ praia |
| ☐ viagem de avião | ☐ viagem de ônibus | ☐ banco |
| ☐ acampamento | ☐ viagem de trem | ☐ outro _____ |

Seu filho(a) consegue:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ estalar os dedos | ☐ usar zíper | ☐ abotoar |
| ☐ amarrar cadarços | ☐ vestir-se | ☐ ficar de boa vontade com um parente |
| ☐ ficar de boa vontade com uma babá | ☐ ir ao banheiro sozinho | ☐ ficar de boa vontade com outras pessoas |

Seu filho(a) usa em casa:

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| ☐ tesoura | ☐ giz-de-cera | ☐ pasta ou cola |
| ☐ quebra-cabeças | ☐ lápis | ☐ tinta |
| ☐ argila | ☐ blocos | ☐ livros |

Experiências Escolares Anteriores:

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| ☐ Head Start | ☐ ensino religioso | ☐ nenhum |
| ☐ Maternal, onde e por quanto tempo? _____ | | |

Descreva brevemente a experiência de maternal/pré-escola de seu filho(a): _____

Você autoriza que façamos contato com a pré-escola de seu filho(a)? _____

Seu filho(a) é capaz de:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ identificar cores | ☐ escrever seu nome | ☐ contar até 10 |
| ☐ contar até mais de 10 | ☐ identificar números de 1 a 10 | ☐ contar objetos até 10 |
| ☐ identificar números de 10 a 20 | ☐ identificar as letras do alfabeto | ☐ contar objetos até 20 |
| ☐ ouvir e seguir direções | ☐ identificar formas | ☐ guardar suas coisas |
| ☐ concluir tarefas começadas | ☐ dizer seu nome completo | ☐ dizer seu número de telefone |
| ☐ ocupar-se em brincadeira silenciosa | ☐ distinguir esquerda e direita | ☐ sentar e ouvir uma história |
| ☐ dizer seu endereço | | |

Agradecemos por dedicar seu tempo para nos proporcionar essas informações. Sua cooperação é apreciada. Se houver qualquer outra informação que você acha que a escola deve saber, por favor, anote-a na parte inferior desta folha:

Informações fornecidas por:

Assinatura do Pai/Mãe/Tutor

Relação com o Aluno
NÃO ESCREVA ABAIXO DESTA LINHA

Data

SÉRIE _____ CERTIDÃO DE NASCIMENTO VERIFICADA _____ INICIAIS DA ENFERMEIRA _____ DATA _____

Nome da Criança: _____

Sexo: _____ **Data de Nascimento:** _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Médico: _____

Dentista: _____

Marque as opções abaixo que se aplicam ao seu filho(a):

SAÚDE GERAL:

Hospitalizações/Operações? _____

Sob cuidados de especialista? _____

Usa medicamentos regularmente? Sim/Não

Se sim, por que faz uso do medicamento?

Restrições físicas? _____

Dorme bem? _____

Bom apetite? _____

Acidentes/fraturas/lesões? _____

Explique:

ALERGIAS:

Alimento: _____

Abelhas: _____

Látex: _____

Eczema: _____

Medicamentos: _____

Glúten: _____

Sazonal: _____

Epi-Pen prescrita: _____

Explique:

RESPIRATÓRIO:

Asma? _____

Uso regular de inalador? _____

Uso de nebulizador? _____

Explique:

IMUNIZAÇÕES:

Atualizadas: _____

Exceções vacinas atrasadas: _____

Explique:

OUVIDOS, NARIZ, GARGANTA:

Infecções de ouvido frequentes? _____

Questões de audição/fala? _____

Tubos auditivos? _____

Garganta inflamada frequente? _____

Sangramento nasal frequente? _____

Questões dentárias? _____

Explique:

URINÁRIO/GASTROINTESTINAL:

Infecções de urina frequentes: _____

Dor ao urinar: _____

Dor ao evacuar: _____

Problemas de constipação: _____

Dor de estômago frequente: _____

Intolerância Alimentar: _____

Limpar-se no banheiro independentemente? Sim/Não

Explique:

PELE:

Irritações frequentes: _____

Eczema: _____

Urticária: _____

Explique:

OLHOS:

Usa óculos/lentes de contato: _____

Acompanhado por oftalmologista por questões de visão: _____

Se sim, nome do médico: _____

Exame de visão encaminhado pela escola: _____

CARDIOVASCULAR:

Problemas anteriores/atuais de coração: _____

Acompanhado por cardiologista: _____

Explique:

OSSOS:

Reclamações de dores na perna, braço, costas ou articulações: _____

Problemas de coluna, escoliose: _____

Questões de quadril/manca: _____

Explique:

OBS.: Nenhum medicamento pode ser administrado na escola sem prescrição médica e assinatura dos pais. Consulte a política e os formulários de solicitação de medicamentos.

Assinatura do Pai/Mãe/Tutor:

Data: _____

Informações do Provedor de Cuidados com a Saúde

Nome: _____ ☐ Masc. ☐ Fem. Data de Nasc. _____

Histórico Médico: _____

Histórico Familiar Pertinente: _____

Questões de Saúde Atuais

S N

☐ ☐ Alergias: Por favor, liste: Medicamentos _____ Alimentos _____ Outros _____

Histórico de Anafilaxia a _____ Epi-Pen: ☐ Sim ☐ Não

☐ ☐ Asma: Plano de Ação de Asma ☐ Sim ☐ Não

☐ ☐ Diabetes: ☐ Tipo I ☐ Tipo II

☐ ☐ Transtorno de convulsão: _____

☐ ☐ Outro (Especifique) _____

Medicamentos Atuais (se relevantes para a saúde e segurança do aluno) Por favor, circule aqueles administrados na escola; é necessário um formulário separado de solicitação de medicação para cada medicamento administrado na escola.

Exame Físico:

Data do Exame: _____
Alt: _____ (____%) Peso: _____ (____%) IMC: _____ (____%) Pressão: _____

(Marque a opção se estiver normal / se estiver anormal, descreva)

☐ Geral _____ ☐ Pulmões _____ ☐ Extremidades _____

☐ Pele _____ ☐ Coração _____ ☐ Neurológico _____

☐ HEENT _____ ☐ Abdome _____ ☐ Outro _____

☐ Dental/Oral _____ ☐ Genitália _____

Triagem

Visão	Aprovado	Reprovado	Audição	Aprovado	Reprovado
-------	----------	-----------	---------	----------	-----------

Olho Direito	☐	☐	Ouvido Direito	☐	☐
--------------	--------------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	--------------------------

Olho Esquerdo	☐	☐	Ouvido Esquerdo	☐	☐
---------------	--------------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	--------------------------

Triagem Postural (Escoliose, Cifose, Lordose)	☐	☐	Estereopsia	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	-------------	--------------------------	--------------------------

Resultados Laboratoriais:

Chumbo _____	☐	☐	Data _____
--------------	--------------------------	--------------------------	------------

Outro _____

O exame todo foi normal: ☐

Teste de Pele Específico para TB: ☐ Risco Médio a Alto (exposição a TB; nasceu, viveu, viajou para países com endemia de TB; fatores de risco médicos): Data do PPD: ____; Resultados: ____ mm.

Encaminhado para avaliação por: _____ Baixo risco (não foi feito o PPD)

Este aluno tem os seguintes problemas que podem afetar a sua experiência educacional:

☐ Visão ☐ Audição ☐ Fala/Linguagem ☐ Déficit Motor Fino/Grosso

☐ Socioemocional ☐ Comportamento ☐ Outro

Comentários/Recomendações: _____

☐ S ☐ N Este aluno pode participar totalmente do programa escolar, incluindo educação física e esportes competitivos.

Se não, liste as restrições: _____

☐ S ☐ N As imunizações estão completas: Se não, explique o motivo: Por favor, anexe as Certificado do Sistema de Informações de Imunização de Massachusetts ou outro registro de imunização completo.

Nome do Examinador em Letra de Forma

Assinatura do Examinador *Circule:* MD, DO, NP, PA

Data

Grupo/Clínica

Telefone

Endereço

Cidade

Estado

Código Postal

Anexe informações adicionais necessárias para a saúde e segurança do aluno

MDPH 01/25/07

Departamento de Saúde Pública de Massachusetts
CERTIFICADO DE IMUNIZAÇÃO

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

Se uma combinação de vacina for administrada, indique o tipo de vacina (ou seja, DTaP-Hib, etc.)

Vacina		Data/Tipo da Vacina	Vacina		Data/Tipo da Vacina
Hepatite B (ou seja, HepB, HepB-Hib, DTaPHepB-IPV)	1		Haemophilus influenza tipo b (ou seja, Hib, HepB-Hib, DTaP-Hib)	1	
	2			2	
	3			3	
Difteria, Tétano, Coqueluche (ou seja, DTaP, DT, DTaP-Hib, DTaP-HepB-IPV, Td)	1		Sarampo, Caxumba, Rubéola (MMR)	1	
	2			2	
	3		Varicela (Var)	1	
	4			2	
	5		Hepatite A (HepA)	1	
	6			2	
Pólio (ou seja, IPV, DTaP-HepB-IPV)	1		Polissacarídeo Pneumocócico (PPV23)	1	
	2			2	
	3		Influenza Inativado (Intramuscular) ou Vivo (Intranasal)	1	
	4			2	
Conjugado Pneumocócico (PCV7)	1		Outra:	3	
	2				
	3				
	4				

Prova Serológica de Imunidade		Marque Uma Opção	
Teste (se realizado)	Data do Teste	Positivo	Negativo
Sarampo	/ /		
Caxumba	/ /		
Rubéola	/ /		
Varicela*	/ /		
Hepatite B	/ /		

*Deve marcar também a caixa de catapora.

Histórico de Catapora
☐ Marque a opção se a pessoa tiver um histórico médico confiável de catapora. Histórico confiável pode ser: • Interpretação do médico sobre a descrição de catapora feita pelos pais • Diagnóstico físico de catapora, ou • Prova serológica de imunidade

Certifico que esta informação de imunização foi transferida dos registros médicos do indivíduo acima mencionado.

Nome do médico ou enfermeiro (letra de forma) _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Nome da Instituição/Clinica: _____