



Established 1915  
**BROWARD**  
County Public Schools

# 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 IV desta política.
- 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 VI), 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 V desta política.
- 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 2026/27 (Todas as Séries)

Como pai/mãe ou responsável por um(a) estudante matriculado(a) nas Escolas Públicas do Condado de Broward, compreendo que podem surgir oportunidades para que meu(minha) filho(a) seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) por veículos de imprensa, representantes da escola e funcionários do Distrito para publicações escolares e/ou para divulgar as escolas e o Distrito.

### Por favor, preencha as Seções A e B abaixo

(Se nenhuma opção for marcada em uma seção, será considerada automaticamente a opção "NÃO AUTORIZO".)

## Seção A - Comunicações Externas

Selecione a sua preferência:

1. \_\_\_\_ **AUTORIZO** que meu(minha) filho(a) seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) pela mídia jornalística (mediante a devida autorização do Distrito) e por funcionários da escola e do Distrito para comunicações públicas (por exemplo, reportagens transmitidas pela mídia, sites e redes sociais).
2. \_\_\_\_ **NÃO AUTORIZO** que meu(minha) filho(a) seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) pela mídia jornalística e por funcionários da escola e do Distrito para fins de comunicação pública.

## Seção B - Uso Interno por Escolas e Departamentos

Selecione a sua preferência:

1. \_\_\_\_ **AUTORIZO** que meu(minha) filho(a) seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) para publicações escolares (por exemplo, anuários e jornais escolares), bem como para eventos e atividades escolares. **Observação:** *Para viabilizar as publicações escolares, o Distrito poderá compartilhar informações com fornecedores autorizados, como o nome do(a) estudante, endereço residencial do(a) estudante, número de telefone do(a) estudante e/ou de seus pais/responsáveis, ano escolar, nome dos professores e números das salas de aula. Em eventos esportivos, também poderão ser divulgados a posição do(a) estudante na equipe esportiva e o número de sua camisa.*
2. \_\_\_\_ **NÃO AUTORIZO** que meu(minha) filho(a) seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) para publicações escolares (por exemplo, anuários e jornais escolares), bem como para 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 2026/27 (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 INFORMAÇÕES DE DIRETÓRIO

"Informações de Diretório" são informações de identificação pessoal que, em geral, não seriam consideradas prejudiciais nem uma invasão de privacidade caso fossem divulgadas. De acordo com a Lei de Direitos Educacionais e Privacidade da Família (FERPA), o SBBC poderá, a seu critério, divulgar informações de diretório de um(a) estudante de qualquer ano escolar, desde que os pais/responsáveis ou o(a) estudante com 18 anos ou mais não tenham optado por não autorizar essa divulgação. O SBBC reserva-se o direito de divulgar Informações de Diretório somente:

- (a) a faculdades, universidades ou outras instituições de ensino superior nas quais o estudante esteja matriculado, possa vir a se matricular ou para as quais possa ser recrutado;
- (b) para eventos esportivos, atividades patrocinadas pela escola, banda, equipe de bandeiras (color guard), baile de formatura (prom), publicações escolares, materiais instrucionais e outras ferramentas de comunicação escolar (incluindo, entre outros, anuários, programas esportivos, programas de formatura, folhetos de recrutamento, programas teatrais, sites da escola e do Distrito, redes sociais e avisos e exposições em todas as dependências da escola);
- (c) para 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
- (d) para comitês de reunião de turma (e similares) para fins de programação de reunião de turma.

## TIPOS DE INFORMAÇÕES DE DIRETÓRIO

Os pais/responsáveis por estudantes de qualquer ano escolar, bem como os estudantes elegíveis (maiores de 18 anos, emancipados ou matriculados em uma instituição de ensino pós-secundário), podem optar por não autorizar a divulgação de algumas ou de todas as Informações de Diretório descritas abaixo. Para isso, devem marcar com um sinal de visto (✓) os itens que NÃO DEVEM SER DIVULGADOS:

|                              |                                                         |                                          |
|------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| ___ Nome do(a) Estudante     | ___ Nome do(a) Pai/Mãe                                  | ___ Endereço Residencial                 |
| ___ Número(s) de Telefone    | ___ Data de Nascimento                                  | ___ Local de Nascimento                  |
| ___ Área Principal de Estudo | ___ Atividades e Esportes Promovidos pela Escola        | ___ Altura e Peso dos Atletas            |
| ___ Nível Escolar            | ___ Datas de Frequência Escolar                         | ___ Número da Camisa e Posição na Equipe |
| ___ Títulos e Prêmios*       | ___ Nome da Escola ou Programa Anterior ou Mais Recente | ___ 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 diretório, 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).

# Formulário de Autoexclusão da ESSA (11º e 12º Anos) - Ano Letivo de 2026/27

## SERVIÇO MILITAR & ENSINO PÓS-SECUNDÁRIO

De acordo com a lei Every Student Succeeds Act (ESSA), o Distrito tem a responsabilidade de divulgar, mediante pedido, o **nome do(a) estudante, o endereço e o número de telefone de estudantes** do 11º e 12º anos sem necessidade de consentimento prévio para:

- **Forças Armadas/recrutadores militares** (Comandante do Distrito ou Oficial Sênior dos escritórios regionais ou satélites das Forças Armadas, incluindo a Guarda Costeira dos Estados Unidos) para fins de envio de notificações para estudantes no que diz respeito a oportunidades disponíveis nas Forças Armadas dos Estados Unidos. A confidencialidade da lista deve ser protegida pelo pessoal encarregado das Forças Armadas por tais listas.
- **Instituições de ensino superior** (instituições pós-secundárias). A confidencialidade da lista deve ser protegida pelo pessoal encarregado de ensino superior por tais listas.

No entanto, os pais/responsáveis e estudantes qualificados (maiores de 18 anos de idade) podem optar por excluir a divulgação destas informações, ao indicar sua escolha abaixo.

### Informações divulgadas para as forças armadas/recrutadores militares:

1. \_\_\_\_\_ **PERMITIREI** que as informações limitadas indicadas acima sejam divulgadas para as forças armadas/recrutadores militares.
2. \_\_\_\_\_ **NÃO PERMITIREI** que as informações limitadas indicadas acima sejam divulgadas para as forças armadas/recrutadores militares sem meu consentimento prévio.

### Informações divulgadas para instituições pós-secundárias:

1. \_\_\_\_\_ **PERMITIREI** que as informações limitadas indicadas acima sejam divulgadas para instituições pós-secundárias.
2. \_\_\_\_\_ **NÃO PERMITIREI** que as informações limitadas indicadas acima sejam divulgadas para instituições pós-secundárias sem meu consentimento prévio.

**Observação:** Este formulário deve ser preenchido e apresentado à escola anualmente, independentemente da opção escolhida, **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.**

Além deste formulário, todos os estudantes do 11º e 12º anos devem também preencher o Formulário de Autoexclusão da FERPA.

Nome do(a) Estudante \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_

Nome da Escola \_\_\_\_\_

Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável/Estudante Elegível (letra de forma) \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável/Estudante Elegível \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**ESE & Specialized Instruction  
Coordinated Student Health Services**

**Andrea Ciotti, Director**

1400 NW 14 Court

Fort Lauderdale, Florida 33311

phone: 754-321-1575 • fax: 754-321-1695

[andrea.ciotti@browardschools.com](mailto:andrea.ciotti@browardschools.com)

[www.browardschools.com/cshs](http://www.browardschools.com/cshs)

**The School Board of  
Broward County, Florida**

Sarah Leonardi, Chair  
Dr. Jeff Holness, Vice Chair

Lori Alhadeff  
Maura McCarthy Bulman  
Adam Cervera, Esq.  
Debra Hixon  
Nora Rupert  
Rebecca Thompson  
Dr. Allen Zeman

Dr. Howard Hepburn  
Superintendent of Schools

Prezado(a) Pai, Mãe ou Responsável,

Esta carta tem como objetivo informá-lo sobre os serviços de saúde oferecidos pelo Departamento de Serviços Coordenados de Saúde Estudantil das Escolas Públicas do Condado de Broward (BCPS).

**Serviços de Saúde Escolar**

A BCPS trabalha em conjunto com o Departamento de Saúde da Flórida (FDOH) no Condado de Broward para assegurar a saúde e a segurança de seus filhos. Atualmente, os Serviços Coordenados de Saúde Estudantil mantêm enfermeiras registradas em nível distrital para auxiliar na coordenação dos serviços de saúde escolar e estão à sua disposição e de seus filhos para quaisquer questões de saúde que possam ter. Para entrar em contato com a equipe de saúde designada na escola de seu(sua) filho(a), ligue diretamente para a clínica da escola. Entre em contato com o CSHS (Coordinated Student Health Services, Serviços Coordenados de Saúde Estudantil) pelo telefone 754-321-1575 para tratar de quaisquer questões relacionadas a serviços de saúde.

**Formulários de Consentimento para Serviços de Saúde do Estudante**

A seção de Consentimento de Serviços de Saúde, na Ficha de Contato de Emergência do Estudante (SECC), deve ser preenchida, assinada e datada pelo(a) pai/mãe/responsável para assegurar que os estudantes possam receber atendimento em casos de enfermidades/lesões na escola ou durante atividades patrocinadas pela escola.

**Se Seu/Sua Filho/a Estiver Doente**

Manter seu(sua) filho(a) em casa quando ele(a) estiver doente ajuda-o(a) a se recuperar e protege seus colegas de escola. Não mande seu(sua) filho(a) para a escola se ele(a) estiver apresentando algum dos sintomas abaixo:

- Tosse forte
- Temperatura acima de 100,4 F (38°C)
- Dor de garganta severa
- Infecção nos olhos
- Diarreia
- Vômito persistente
- Erupção cutânea
- Piolhos na cabeça

Seu(sua) filho(a) deve estar livre de sintomas – sem vômito, diarreia ou febre – por pelo menos 24 horas, sem o uso de medicamentos para reduzir a febre, antes de retornar à escola. A BCPS fez uma parceria com a Hazel para oferecer serviços de telemedicina gratuitamente a todos os estudantes matriculados na BCPS. É necessário consentimento. Acesse o site [www.browardschools.com/cshs](http://www.browardschools.com/cshs) para fornecer o consentimento e obter informações adicionais.

**Exames de Saúde Exigidos pelo Estado**

O Estatuto da Flórida 381.0056 exige que sejam realizados exames de saúde não invasivos para todos os estudantes do Kindergarten, 1º, 3º e 6º anos. Se o estudante não passar em um determinado exame de saúde, será enviado para casa um guia de encaminhamento indicando que é recomendável um acompanhamento. Caso deseje excluir seu(sua) filho(a) da triagem, isso deve ser feito por escrito. As informações dos exames de saúde são confidenciais e os resultados são arquivados na pasta cumulativa de cada estudante. Abaixo estão os exames de acordo com o nível de série:

- o Visão: estudantes do Kindergarten, 1º, 3º e 6º anos e recém-chegados ao BCPS até o 5º ano
- o Audição: estudantes do Kindergarten, 1º, 3º e 6º anos e recém-chegados ao BCPS até o 5º ano
- o Índice de Massa Corporal (IMC, ou BMI em inglês): estudantes do 1º, 3º e 6º anos e recém-chegados ao BCPS até o 5º ano
- o Escoliose: estudantes do 6º ano

### **Condições de Saúde**

Se seu(sua) filho(a) tiver alguma das seguintes condições de saúde, incluindo, mas não se limitando a anafilaxia, asma, diabetes, fibrose cística ou convulsões, informe à escola, preenchendo os dois lados da Ficha de Contato de Emergência do Estudante e o formulário de Avaliação do Estado de Saúde ([Health Condition Review form](#)). Dependendo da condição de saúde informada, pode ser solicitado que você apresente documentação de um profissional de saúde. Acesse [Serviços Coordenados de Saúde do Estudante / Condições Crônicas de Saúde \(browardschools.com\)](#) para obter mais informações.

### **Administração de Medicamentos na Escola (com ou sem prescrição médica)**

Se medicamentos ou tratamentos forem medicamente necessários durante o horário escolar, envie à escola o formulário atual de [Autorização para Medicamento/Tratamento](#), assinado por um profissional de saúde e por um dos pais ou responsável. Para obter o formulário, acesse [www.browardschools.com/healthforms](http://www.browardschools.com/healthforms).

O Plano de Manejo Médico para Diabetes (DMMP) é obrigatório para estudantes com diabetes e deve ser preenchido e assinado tanto por um profissional de saúde quanto por um dos pais ou responsável. Para acessar o formulário, visite: [www.browardschools.com/healthforms](http://www.browardschools.com/healthforms).

### **Autorização para Determinados Medicamentos/Produtos de Venda Livre (OTC) com a Aprovação dos Pais**

A autorização para determinados medicamentos/produtos de venda livre para estudantes do 9º ao 12º ano pode ser preenchida e assinada por um dos pais ou responsável. Para mais informações, acesse [www.browardschools.com/healthforms](http://www.browardschools.com/healthforms).

### **Imunizações**

De acordo com o Estatuto da Flórida 1003.22, todos os estudantes que ingressam ou frequentam uma escola pública ou privada na Flórida — do Kindergarten ao 12º ano — devem apresentar comprovante de imunização documentado no Formulário DH 680 ou DH 681 do Departamento de Saúde da Flórida (FDOH). Para garantir que seu(sua) filho(a) esteja pronto(a) para a escola, você pode verificar se ele(a) possui as imunizações exigidas consultando o profissional de saúde da criança ou entrando em contato com o FDOH em Broward pelo telefone (954) 467-4700. Isenções religiosas, se desejadas, devem ser emitidas pelo FDOH. Para mais informações, incluindo como obter essas vacinas gratuitamente, visite: <https://www.browardschools.com/immunizations>

### **Recursos Comunitários**

Caso não tenha plano de saúde, solicite um formulário de inscrição para o Seguro de Saúde Infantil da Flórida (Florida KidCare). Acesse [KidCare Outreach | Florida Department of Health in Broward](#).

O Programa de Visão Infantil Florida Heiken oferece exames de vista e óculos prescritos gratuitamente para estudantes que necessitam de serviços oftalmológicos completos. Acesse [Heiken-Flyer-English.pdf \(browardschools.com\)](#).

Em caso de dúvidas, entre em contato com os Serviços Coordenados de Saúde Estudantil pelo telefone (754) 321-1575, ou acesse [www.browardschools.com/cshs](http://www.browardschools.com/cshs).

# 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>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.</p> |                                              |                                        |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nome:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Relação:                                     | Telefone:                              |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                                        |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                                        |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                                        |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                                        |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                                        |                                  |
| <p>Declaro que as informações que constam nesta ficha são verdadeiras e corretas. Avisarei a secretaria da escola imediatamente sobre quaisquer mudanças:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                                        |                                  |
| Assinatura:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Data:                                        | Relação:                               |                                  |
| <p>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.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                                        |                                  |

# 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                                                                                                                                                                                    | <b>Autorização para Serviços de Clínica Escolar:</b> 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.).<br><input type="checkbox"/> <b>SIM</b> , 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.<br><input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> , eu entendo que meu(minha) filho(a) <b>NÃO</b> receberá nenhum atendimento não emergencial da equipe de saúde ou da equipe escolar.<br>Se esta seção for deixada em branco ou sem assinar, os funcionários da escola <b>NÃO</b> poderão cuidar de seu(sua) filho(a), a menos que haja uma emergência médica.      |                                                       |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                       | <b>Exames de Saúde Obrigatórios pelo Estado, F.S. 381.0056(3):</b> 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.<br>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).                                                                                                               |                                                       |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                       | <b>Assinatura:</b> _____ <b>Data:</b> _____ <b>Relação:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                       |                                                                   |
| Dados Médicos                                                                                                                                                                                                         | 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).<br><input type="checkbox"/> <b>Meu(minha) filho(a) NÃO tem ou já não tem mais nenhuma das condições de saúde listadas abaixo</b><br>Assinale todas as condições de saúde atuais e que tenham sido diagnosticadas por um profissional de saúde:                                                                                                                                                                 |                                                       |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> TDA/DAH (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 |
| <input type="checkbox"/> Outra condição (descrever): _____                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |                                                                   |
| 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 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |                                                                   |
| Seguro-Saúde                                                                                                                                                                                                          | <b>Assinale a caixa aplicável:</b> <input type="checkbox"/> Seguro de saúde privado <input type="checkbox"/> Florida KidCare/Florida Healthy Kids <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Nenhum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                       | Se <b>NENHUM</b> , 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?<br><input type="checkbox"/> Sim, favor assinar aqui: _____ <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                       |                                                                   |
| Divulgação de Dados Médicos e Emergência                                                                                                                                                                              | 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. |                                                       |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                       | <b>Assinatura:</b> _____ <b>Data:</b> _____<br>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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                       |                                                                   |
| Informações de Saída da Escola                                                                                                                                                                                        | <b>Procedimentos Regulares de Saída da Escola: Em um dia normal, como seu(sua) filho(a) sairá da escola?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                       |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                       | <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           |
| <b>Procedimentos de Saída de Emergência: No caso de forte tempestade ou outra emergência imprevista, seu(sua) filho(a) foi orientado(a) a:</b>                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |                                                                   |
| <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                                                                                                                                                                                        | <b>Sobrenome:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Nome:</b>                                          | <b>Série:</b>                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                       | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | _____                                                 | _____                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                       | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | _____                                                 | _____                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                       | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | _____                                                 | _____                                                             |
| <b>Liste outros idiomas falados em casa:</b> _____                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |                                                                   |
| Questionário                                                                                                                                                                                                          | Para que possamos entender as necessidades de nossa comunidade escolar, responda às perguntas a seguir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                       |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                       | 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         |
| Indique o método de contato de sua preferência: <input type="checkbox"/> Ligação <input type="checkbox"/> Mensagem de texto <input type="checkbox"/> E-mail                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |                                                                   |

## Avaliação do Estado de Saúde

Ano Letivo 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_

**JÁ PREENCHEU A FICHA ANUAL DE CONTATO DE EMERGÊNCIA DO ESTUDANTE?** Sim ☐ Não ☐

Sobrenome do(a) Estudante: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Nome do(a) Estudante: \_\_\_\_\_  
Série: \_\_\_\_\_

O estado de saúde é definido como aquele que dura um (1) ano ou mais e exige atenção médica contínua, limita as atividades da vida diária ou ambas.

### ATENDIMENTO A ESTUDANTES/TREINAMENTO

- O Plano Individual de Saúde (Individual Healthcare Plan/IHCP) é um plano de ação para o gerenciamento das necessidades reais e possíveis de saúde durante o dia escolar, em excursões e durante atividades patrocinadas pela escola.
  - Pode ser criado um IHCP para estudantes com um problema de saúde *comprovado* que exija medicação ou algum procedimento durante o dia na escola.
- O Plano de Atendimento de Emergência (ECP) é um conjunto de instruções passo a passo sobre o que fazer em uma emergência.
  - Pode ser criado um ECP para estudantes com possível risco de emergência (por exemplo, anafilaxia, convulsão, diabetes, asma).
- Conforme previsto pela Lei de Privacidade e Direitos Educacionais da Família (FERPA), as informações sobre o estado de saúde em um ECP serão compartilhadas com a equipe escolar aplicável.
- Todas as condições devem ter um diagnóstico documentado por um profissional de saúde, exceto ADD/ADHD, alergias sem risco de vida, condições de saúde mental/comportamental e "outros".

### Condição de Saúde:

Assinale **SOMENTE** as condições de saúde atuais. \*Indica condições que exigem documentação por escrito de diagnóstico por um profissional de saúde.

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADD/TDAH (Déficit de Atenção/Hiperatividade)<br><input type="checkbox"/> Alergias – sem risco de vida (não graves)<br><input type="checkbox"/> Alergias – com risco de vida (graves)*<br><input type="checkbox"/> Asma*<br><input type="checkbox"/> Distúrbio Hemorrágico*<br><input type="checkbox"/> Câncer*<br><input type="checkbox"/> Condições Cardíacas*<br><input type="checkbox"/> Fibrose Cística* | <input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 1*<br><input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 2*<br><input type="checkbox"/> Epilepsia / Transtornos Convulsivos*<br><input type="checkbox"/> Distúrbios renais*<br><input type="checkbox"/> Lúpus*<br><input type="checkbox"/> Anemia falciforme*<br><input type="checkbox"/> Nenhum problema de saúde atual<br><input type="checkbox"/> Outra _____ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Data do diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Sinais e sintomas (se houver): \_\_\_\_\_  
 Gatilhos/Alérgenos (se houver): \_\_\_\_\_  
 Hospitalização recente relacionada ao diagnóstico? Sim ☐ Não ☐ Data: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia recente relacionada ao diagnóstico? Sim ☐ Não ☐ Data: \_\_\_\_\_  
 Restrição de atividades na escola? Sim ☐ Não ☐  
 Informações adicionais (incluindo os efeitos colaterais conhecidos e específicos do estudante à medicação):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Avaliação das Necessidades de Medicação:

É necessário, do ponto de vista médico, que seu(sua) filho(a) receba medicamentos durante o dia escolar?

Sim ☐ Não ☐

Se **Sim**, é necessário enviar um Formulário de Autorização para Medicação/Tratamento, preenchido por um profissional de saúde, para fins de administração de medicamentos ([www.browardschools.com/healthforms](http://www.browardschools.com/healthforms)).

O estudante está atualmente tomando medicação que seria necessária para uma atividade externa relacionada à escola ou patrocinada pela escola (incluindo viagens noturnas) que ocorrem fora do horário escolar normal?

Sim ☐ Não ☐

De acordo com o Estatuto da Flórida 1002.20 e a Política 6305 do Conselho Escolar, é permitido o porte próprio pelo estudante de medicamentos como inalador de dose calibrada (MDI), autoinjeter de epinefrina, suprimentos e medicamentos para diabéticos e/ou suplementos de enzimas pancreáticas com um Formulário de Autorização para Medicação/Tratamento, preenchido por um profissional de saúde, declarando que o estudante é treinado e independente.

O estudante carrega consigo ALGUM medicamento? Sim ☐ Não ☐  
 Caso sim, indique o medicamento: \_\_\_\_\_

Forneça as melhores formas de contato, incluindo nome e número de telefone, que os funcionários da escola possam usar para informá-lo sobre a condição de saúde de seu(sua) filho(a).

Pai/Mãe/Responsável (em letra de forma): \_\_\_\_\_

Melhor Telefone para Contato: \_\_\_\_\_

Pai/Mãe/Responsável (assinatura): \_\_\_\_\_

Relação com o(a) Estudante: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*CLINIC USE ONLY\*\*\*\*\*

### PARENT / HEALTHCARE STAFF COMMUNICATION:

Date/Time: \_\_\_\_\_ Medication Authorization Form ☐ Emergency Contact Card ☐ Unable to reach parent/guardian ☐ Letter sent home ☐

Date/Time: \_\_\_\_\_ Medication Authorization Form ☐ Emergency Contact Card ☐ Unable to reach parent/guardian ☐ Letter sent home ☐

Date/Time: \_\_\_\_\_ Medication Authorization Form ☐ Emergency Contact Card ☐ Unable to reach parent/guardian ☐ Letter sent home ☐

Date/Time: \_\_\_\_\_ No verified health condition [Remove from School Application] ☐  
 Referral (Admin, Social Work, Food & Nutrition, etc.) if applicable for conditions requiring written documentation ☐

The signature below serves as an annual health record review:

RN Name: \_\_\_\_\_ RN Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

☐ Student needs IHP only ☐ Student needs IHP and ECP ☐ No plan required at this time



## 2026-2027

# Requisitos de Imunização Escolar

Antes de entrar ou frequentar a escola presencial ou virtualmente (do Kindergarten ao 12º ano), cada estudante deve apresentar uma *Certificação de Imunização da Flórida* (formulário DH 680)\*, documentando as seguintes vacinas:

### Kindergarten ao 12º Ano:

- Quatro ou cinco doses da vacina contra difteria-tétano-coqueluche (DTaP)±
- Três doses da vacina contra a hepatite B (Hep B)
- Quatro ou cinco doses da vacina contra a poliomielite (IPV)\*\*
- Duas doses da vacina contra sarampo-caxumba-rubéola (MMR)
- Duas doses da vacina contra varicela†

### 7º Ano:

Além das vacinas do Kindergarten ao 12º ano, os estudantes que ingressam ou frequentam o 7º ano precisam também:

- Uma dose da vacina contra difteria-tétano-coqueluche (Tdap) do 7º ao 12º ano
- Obter um formulário DH 680 atualizado que inclua a vacina Tdap para ser enviado à escola.

**Consulte seu prestador de serviços médicos ou pediatra para obter o Formulário DH 680\*.**  
**Para mais informações sobre clínicas de imunização gratuita, acesse [browardschools.com/vaccinations](https://browardschools.com/vaccinations).**

**Os estudantes que não tiverem o Certificado de Imunização\* completo, indicando cumprimento do cronograma atual de imunizações necessárias, não poderão frequentar as aulas até que esse documento seja apresentado.**

**As ausências decorrentes do não cumprimento das exigências de imunização serão consideradas não justificadas. (F.S. s. 1003.22(1)) (BCPS Policy 5.5-IV.C.2)**

*\* Os estudantes podem frequentar a escola sem o formulário DH 680 se tiverem uma isenção médica (formulário DH 680-Parte B/C) ou religiosa (formulário DH 681).*

*± A quinta dose da vacina DTaP não é necessária se a quarta dose tiver sido administrada aos 4 anos de idade ou depois.*

*\*\* Se quatro ou mais doses forem administradas antes dos 4 anos de idade, deve-se administrar uma dose adicional dos 4 aos 6 anos de idade e pelo menos seis meses após a dose anterior. Uma quarta dose não é necessária se a terceira dose tiver sido administrada aos 4 anos de idade, ou depois, e pelo menos seis meses após a dose anterior.*

*† A vacina contra varicela não é necessária se a doença de varicela for documentada por um profissional de saúde.*

# Exclusão da Pesquisa de Estudantes sobre Competências para a Vida e Bem-Estar de 2026/2027 (4º-12º Ano)

## Formulário de Exclusão da Pesquisa de Estudantes sobre Competências para a Vida e Bem-Estar (LSW)

As Competências para a Vida e Bem-Estar (*Life Skills and Wellness/LSW*) aumentam a confiança e contribuem para a saúde mental e emocional, capacitando os estudantes a superar desafios e ter êxito ao se prepararem para o mercado de trabalho atual. Como parte do Plano de Melhoria Escolar (SIP) do Distrito, a iniciativa LSW promove serviços de apoio centrados no estudante como um todo, ajudando-os a alcançar o sucesso acadêmico e, ao mesmo tempo, desenvolver habilidades de empregabilidade e resiliência. Visando direcionar o ensino efetivo de LSW, o Distrito realizará uma breve pesquisa no outono e na primavera. Os dados coletados serão usados exclusivamente pela equipe autorizada da BCPS para orientar as atividades escolares e fornecer serviços personalizados de LSW para os estudantes. Mais especificamente, o tipo de dados formativos coletados se concentrará em autoconsciência, autogestão, habilidades de relacionamento, tomada de decisões e resiliência.

Para saber mais sobre a Pesquisa de LSW para estudantes do 4º ao 12º ano, visite o site [LSW do Distrito](#) ou agende uma reunião com o contato LSW de sua escola. Outros recursos e estratégias para pais sobre como incorporar LSW em casa podem ser encontrados em nossa página de [Recursos de LSW para Famílias e Estudantes](#).

---

### A SER PREENCHIDO PELO PAI/MÃE/RESPONSÁVEL

Seu/sua filho(a) será automaticamente registrado para participar das pesquisas LSW do outono e primavera. **Somente será necessário preencher este formulário se o(a) senhor(a) optar por não participar das pesquisas de LSW. Para optar pela não participação, assinale essa opção, preencha os dados abaixo, assine o formulário e envie-o à escola de seu/sua filho(a) no prazo de 10 dias a partir do primeiro dia de matrícula na escola.** A não devolução deste formulário indica que seu/sua filho(a) tem permissão para participar das pesquisas de LSW.

\_\_\_\_\_ **NÃO** desejo que meu/minha filho(a) participe das pesquisas de LSW do outono e primavera para estudantes.

Nome do(a) Estudante: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ N° Estudantil: \_\_\_\_\_

Nome da Escola: \_\_\_\_\_

Nome do Pai/Mãe/Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

# Formulário de Exclusão de Materiais de Leitura da Biblioteca de 2026/2027 (Todas as Séries)

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA  
LIBRARY MEDIA SERVICES

## FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DE MATERIAIS DE LEITURA DA BIBLIOTECA

---

Como pai ou mãe, o(a) senhor(a) sempre tem o direito de recusar qualquer material da biblioteca para seu(sua) filho(a). Favor preencher o Formulário de Exclusão.

Após o envio do Formulário de Exclusão, fale sobre essa decisão com seu(sua) filho(a) para assegurar que ele(a) esteja ciente antes de visitar a biblioteca. Após o envio do formulário de exclusão, a conta de seu(sua) filho(a) será atualizada no sistema de retirada de materiais da biblioteca. Nosso objetivo é facilitar esse processo para os pais.

Entre em contato com o(a) diretor(a) de seu estabelecimento se tiver dúvidas ou precisar de mais informações.

\_\_\_\_\_ **NÃO** permitirei que meu(minha) filho(a) retire materiais da biblioteca.

\_\_\_\_\_  
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

## QUESTIONÁRIO SOBRE MORADIA DO ESTUDANTE (SHQ)

**ATENÇÃO pais, cuidadores e jovens desacompanhados (que não moram com o pai/mãe ou responsável legal):** O objetivo deste questionário é ajudar a identificar crianças e jovens em idade escolar que estejam passando por instabilidade habitacional e que não tenham uma residência noturna fixa, regular e adequada, conforme definido no subtítulo VII-B da Lei McKinney-Vento de Assistência a Desabrigados (42 U.S.C. 11431 et seq.). De acordo com essa regulamentação federal, as Escolas Públicas do Condado de Broward são responsáveis pela eliminação de barreiras sistêmicas à educação de estudantes que não tenham moradia, implementando as disposições da lei por meio da Equipe de Recursos de Assistência Educacional para Desabrigados (Homeless Education Assistance Resource Team, HEART).

**INSTRUÇÕES: SÓ PREENCHA ESTE QUESTIONÁRIO SE NÃO FOR PROPRIETÁRIO OU LOCATÁRIO DE UM IMÓVEL ALUGADO**

Ao preencher este questionário, seu(s) filho(s) em idade escolar (ou jovem desacompanhado e desabrigado) pode(m) se qualificar para serviços e recursos da McKinney-Vento por meio do programa HEART, para ajudá-lo(s) a garantir sua estabilidade educacional.

**ENTREGUE ESTE FORMULÁRIO À(S) ESCOLA(S) DE SEU(S) FILHO(S) SEM DEMORA!**

### 1. COM QUEM O(S) ESTUDANTE(S) MORA(M)?

- ☐ Pai/Mãe  
☐ Responsável legal  
☐ Adulto (maior de 18 anos) que está cuidando do(s) estudante(s), que no momento está(ão) impossibilitado(s) de morar com os pais ou responsável legal\*  
☐ Sou um jovem desacompanhado. Não moro nem com meus pais, nem com um responsável legal atualmente.

**\*IMPORTANTE: Entre em contato com a escola do estudante para preencher o Formulário de Autorização de Cuidador do Programa HEART (HEART Caregiver Authorization Form).**

### 2. RESIDO ATUALMENTE EM UMA DAS RESIDÊNCIAS NOTURNAS LISTADAS ABAIXO COM MEU(S) FILHO(S)/ESTUDANTE(S) EM IDADE ESCOLAR:

- ☐ Em um abrigo de emergência ou provisório, ou abandonado em um hospital (A)  
☐ Dividindo moradia com um membro da família ou amigo (compartilhando moradia), devido à perda de moradia, dificuldades econômicas, ou motivo semelhante (B)  
☐ Em um veículo, parque, estacionamento temporário de trailers ou área de camping devido à falta de acomodações alternativas adequadas; espaços públicos, prédio abandonado, moradia precária; estação de ônibus ou de trem, local público ou privado que não foi projetado ou não é normalmente usado como alojamento normal para seres humanos, ou ambiente semelhante (D)  
☐ Em um hotel ou motel, por falta de acomodação alternativa adequada devido à perda de moradia, dificuldades econômicas, ou motivo semelhante (E)  
**\* Assinale uma opção:** ☐ hotel ou motel pago por conta própria  
☐ hotel ou motel pago por uma agência ou organização de assistência social

### 3. O QUE LEVOU VOCÊ E SEU(S) FILHO(S), OU JOVEM DESACOMPANHADO, A MORAR EM SUA ATUAL RESIDÊNCIA NOTURNA?

- ☐ Desastre causado pelo homem (D) ☐ Tempestade tropical (S) ☐ Pandemia (P)  
☐ Inundação (F) ☐ Motivo desconhecido (U) ☐ Tornado (T)  
☐ Execução hipotecária (M) ☐ Terremoto (E) ☐ Incêndio florestal (W)  
☐ Furacão (H)  
☐ Outra causa do desabrigo: falta de moradia a preço acessível, pobreza de longa duração, desemprego ou subemprego, violência doméstica, despejo, etc. (N)

**FAVOR PREENCHER AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS ABAIXO DE TODOS OS MENORES EM IDADE ESCOLAR (PREK-12) MATRICULADOS OU COM MATRÍCULA PENDENTE EM UMA ESCOLA PÚBLICA OU CHARTER DO CONDADO DE BROWARD, FL. SE TIVER FILHOS MATRICULADOS EM VÁRIAS ESCOLAS, FAVOR PREENCHER UM QUESTIONÁRIO POR ESCOLA. OBSERVAÇÃO: Se seu(s) filho(s) for(em) elegível(eis) para McKinney-Vento, você receberá uma Carta de Aceitação para cada filho(a).**

| Nome Completo do(a) Estudante<br>(Nome, Inicial do Meio e Sobrenome) | Nº da Identidade<br>del estudante | M/F | Data de Nasc.<br>(mm/dd/aaaa) | Série | Escola Atual |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----|-------------------------------|-------|--------------|
|                                                                      |                                   |     |                               |       |              |
|                                                                      |                                   |     |                               |       |              |
|                                                                      |                                   |     |                               |       |              |

### 4. O ESTATUTO DA FLÓRIDA 837.06 ESTABELECE QUE, O INDIVÍDUO QUE CONSCIENTEMENTE FIZER UMA DECLARAÇÃO FALSA POR ESCRITO COM A INTENÇÃO DE ENGANAR UM SERVIDOR PÚBLICO NO CUMPRIMENTO DE SEU DEVER OFICIAL SERÁ CULPADO DE CONTRAÇÃO DE SEGUNDO GRAU.

**Ao assinar abaixo, atesto que os dados fornecidos são corretos e verdadeiros:**

|                                                        |                                                          |            |      |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------|------|
| Nome completo do pai/mãe/responsável em letra de forma | Relação com o(s) estudante(s)                            | Assinatura | Data |
| Endereço atual do(s) estudante(s) Cidade, Estado, CEP  | Endereço anterior do(s) estudante(s) Cidade, Estado, CEP |            |      |
| Tempo de residência no endereço atual                  | Telefone                                                 | E-mail     |      |

☐ **Recebi autorização do(a) pai, mãe, responsável, cuidador ou jovem desacompanhado(a) e desabrigado(a) acima citado(a), para preencher o formulário SHQ em nome do(s) estudante(s) acima identificado(s).**

## Pesquisa para Pais sobre Caminhar e Pedalar até a Escola - 2026/2027 (Todas as Séries)

**Prezado Pai ou Responsável,**

A escola de seu(sua) filho(a) gostaria de sua opinião sobre os estudantes irem para a escola a pé ou de bicicleta. Esta pesquisa levará cerca de 5 a 10 minutos para responder. Pedimos que cada família responda a apenas uma pesquisa por escola frequentada por seus filhos. Se tiver mais de um filho na mesma escola, preencha a pesquisa do filho com o aniversário mais próximo da data de hoje.

Após responder a esta pesquisa, envie-a de volta para a escola com seu filho ou entregue-a ao professor. Suas respostas serão mantidas confidenciais e nem seu nome, nem de seu filho serão associados aos resultados. **Obrigado por participar desta pesquisa!**

|   |                                                               |   |
|---|---------------------------------------------------------------|---|
| + | <b>PREENCHA COM CANETA AZUL OU PRETA EM LETRAS MAIÚSCULAS</b> | + |
|---|---------------------------------------------------------------|---|

**Nome da Escola:**

[illegible]

1. Em que série está o estudante que trouxe esta pesquisa para casa?   Série (PK, K, 1, 2, 3...)
2. O estudante que trouxe esta pesquisa para casa é do sexo masculino ou feminino? ☐ Masculino ☐ Feminino
3. Quantos filhos você tem do Kindergarten ao 8º ano?

4. Qual é o cruzamento de rua mais próximo de sua casa? (Forneça os nomes das duas ruas do cruzamento)

[illegible]

|   |                                                                                                                              |   |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| + | Marque um “X” na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta. | + |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

5. Qual é a distância de sua casa à escola?

- ☐ Menos de ¼ de milha      ☐ De ½ a 1 milha      ☐ Mais de 2 milhas
- ☐ ¼ a ½ milha      ☐ 1 a 2 milhas      ☐ Não sei

|   |                                                                                                                              |   |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| + | Marque um “X” na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta. | + |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

6. Geralmente, de que forma seu(sua) filho(a) chega e sai da escola? (Escolha uma opção de cada coluna, marque a caixa de seleção com um X)

## Chega na Escola

- ☐ A pé
- ☐ Bicicleta
- ☐ Ônibus Escolar
- ☐ Carro da Família (apenas as crianças de sua família)
- ☐ Carona Compartilhada (crianças de outras famílias)
- ☐ Transporte Coletivo (ônibus, metrô, etc.)
- ☐ Outro Método (skate, patins em linha, etc.)

## Sai da Escola

- ☐ A pé
- ☐ Bicicleta
- ☐ Ônibus Escolar
- ☐ Carro da Família (apenas as crianças de sua família)
- ☐ Carona Compartilhada (crianças de outras famílias)
- ☐ Transporte Coletivo (ônibus, metrô, etc.)
- ☐ Outro Método (skate, patins em linha, etc.)

|   |                                                                                                                              |   |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| + | Marque um “X” na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta. | + |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

7. Quanto tempo leva geralmente para seu filho(a) chegar ou voltar da escola? (Escolha uma opção de cada coluna, marque a caixa de seleção com um X)

### Tempo de percurso para a escola

- ☐ Menos de 5 minutos
- ☐ 5 a 10 minutos
- ☐ 11 a 20 minutos
- ☐ Mais de 20 minutos
- ☐ Não sei/Não tenho certeza

**Tempo de percurso da escola para casa**

- ☐ Menos de 5 minutos
- ☐ 5 a 10 minutos
- ☐ 11 a 20 minutos
- ☐ Mais de 20 minutos
- ☐ Não sei/Não tenho certeza

|   |                                                                                                                              |   |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| + | Marque um "X" na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta. | + |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

8. Seu filho lhe pediu permissão para caminhar ou ir de bicicleta para a escola no ano passado? ☐ Sim ☐ Não

9. Em que nível escolar você permitiria que seu filho(a) caminhasse ou fosse de bicicleta para a escola sem a companhia de uma pessoa adulta?  
(Selecione série escolar entre PK, K, 1, 2, 3 ...) ☐☐ série (ou) ☐ Eu não me sentiria seguro em nenhum nível escolar

|   |                                                                                                                              |   |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| + | Marque um "X" na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta. | + |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

10. Quais dos seguintes fatores influenciou sua decisão de permitir, ou não permitir, que seu filho(a) fosse/voltasse da escola a pé ou de bicicleta?  
(Selecione uma opção por linha, marque a caixa com um X)

|                                                                  |                              |                              |                                            |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|
| Distância .....                                                  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |
| Conveniência de dirigir .....                                    | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |
| Horário .....                                                    | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |
| Atividades do meu filho(a) antes ou após o horário escolar ..... | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |
| Velocidade do tráfego ao longo da rota .....                     | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |
| Volume do tráfego ao longo da rota .....                         | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |
| Adultos que podem acompanhar na caminhada ou de bicicleta .....  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |
| Segurança dos cruzamentos e travessias .....                     | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |
| Guardas de travessia escolar .....                               | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |
| Violência ou crime .....                                         | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |
| Tempo ou clima .....                                             | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não tenho certeza |

11. Você deixaria seu filho ir/voltar da escola a pé ou de bicicleta se esse problema fosse resolvido ou melhorado? (Selecione uma opção, marque a caixa com um X)  
☐ Meu filho já vai/volta da escola a pé ou de bicicleta ☐ Sim ☐ Não ☐ Não tenho certeza

|   |                                                                                                                              |   |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| + | Marque um "X" na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta. | + |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

12. Na sua opinião, até que ponto a escola do seu filho(a) incentiva ou desaconselha ir e voltar da escola a pé e de bicicleta?

☐ Incentiva totalmente ☐ Incentiva ☐ Neutra ☐ Desaconselha ☐ Desaconselha totalmente

13. Até que ponto seu filho(a) acha divertido ir/voltar da escola a pé ou de bicicleta?

☐ Muito divertido ☐ Divertido ☐ Neutro ☐ Entediante ☐ Muito entediante

14. Até que ponto seu filho(a) acha saudável ir/voltar da escola a pé ou de bicicleta?

☐ Muito saudável ☐ Saudável ☐ Neutro ☐ Pouco saudável ☐ Nada saudável

|   |                                                                                                                              |   |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| + | Marque um "X" na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta. | + |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

15. Qual é o seu nível de escolaridade?

|                                                                   |                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1° ao 8° ano (Ensino fundamental)        | <input type="checkbox"/> 1 a 3 anos de faculdade (Faculdade ou escola técnica incompleta) |
| <input type="checkbox"/> 9° ao 11° ano (Ensino médio incompleto)  | <input type="checkbox"/> 4 anos de faculdade ou mais (Formado da faculdade)               |
| <input type="checkbox"/> 12° ano ou GED (Formado do ensino médio) | <input type="checkbox"/> Prefiro não responder                                            |

16. Adicione comentários abaixo.

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

## Confirmação de Recebimento - Via dos Pais

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 IV desta política.
- 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 VI), 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 V desta política.
- 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