



ASHLAND
PUBLIC SCHOOLS

REGISTRO DE NOVO ALUNO

Lista de verificação do cuidador

FORMULÁRIOS NECESSÁRIOS

Todos os formulários obrigatórios devem ser preenchidos e assinados:

- ☐ 1. Formulário de Informações do Aluno e Família
- ☐ 2. Formulário de Emergência de Saúde
- ☐ 3. Formulário de histórico de saúde
- ☐ 4. Pesquisa de idioma local
- ☐ 5. Formulário de Liberação de Registros do Aluno

DOCUMENTOS EXIGIDOS

Esses documentos devem ser apresentados no ato da inscrição. A Central de Cadastro Estudantil fará cópias e devolverá todos os documentos originais. Mais informações estão disponíveis em ashland.k12.ma.us/register.

- ☐ Comprovante de residência válido
- ☐ Prova válida de ocupação
- ☐ Certidão de nascimento original com selo em relevo
- ☐ Prova válida com foto da identidade dos pais/responsável
- ☐ Carteira de vacinação do aluno mais atualizada
 - ☐ Alunos sem documentação de imunização não podem assistir às aulas.
 - ☐ Alunos do jardim de infância sem documentação de imunização podem participar da reunião de orientação, mas não podem começar a escola até que os dados sejam enviados.
 - ☐ Alunos com documentação de imunização incompleta têm até 1º de outubro ou dentro de 30 dias após o início da escola para concluir as imunizações ou serão excluídos da escola.
- ☐ Cópia do exame físico concluído até 12 meses antes do primeiro dia de aula ou consulta médica para exame físico
 - ☐ A documentação deve ser enviada à enfermeira da escola até 1º de outubro ou dentro de 30 dias após o início das aulas ou o aluno será excluído da escola.

DOCUMENTAÇÃO E FORMULÁRIOS ADICIONAIS

Os seguintes documentos e formulários não são obrigatórios, mas podem ser aplicáveis ao seu aluno específico.

- ☐ Triagem de chumbo para alunos pré-K
- ☐ Triagem de chumbo e de visão para alunos do jardim de infância
- ☐ Documentos de tutela ou declaração juramentada de autorização de responsável notariada
- ☐ Cópia do Programa de Educação Individualizada do Aluno (IEP)
- ☐ Cópia do Plano 504 do Aluno
- ☐ Histórico de aprendizado em Inglês do estudante
- ☐ Pontuações WIDA ACCESS
- ☐ Transcrições
- ☐ Formulário de Solicitação de Almoço Gratuito e Reduzido



Registration Appointments

PROCESSO DE REGISTRO

Após completar o pacote, agende um horário: escaneie o código QR ou envie um e-mail para registration@ashland.k12.ma.us. Por favor, leve toda a documentação com você para esse agendamento.

Precisa de ajuda? Entre em contato com Colleen Brewer, Registradora do Distrito, pelo telefone 508-532-4005 registration@ashland.k12.ma.us

INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

INFORMAÇÕES DO ALUNO E DA FAMÍLIA

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

INFORMAÇÕES DOS PAIS/RESPONSÁVEIS	
Responsável #1	Responsável #2
Nome:	Nome:
Endereço:	Endereço:
Telefone principal:	Telefone principal:
Telefone Alternativo:	Telefone Alternativo:
Email:	Email:
Militar Ativo? ☐ Sim ☐ Não	Militar Ativo? ☐ Sim ☐ Não

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

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



INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

INFORMAÇÕES DO ALUNO E DA FAMÍLIA

ELEGIBILIDADE MCKINNEY-VENTO

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

1.	Seu endereço atual é devido à violência doméstica ou a uma situação de emergência?	☐ Sim	☐ Não
2.	O seu arranjo de vida é devido à perda de moradia, dificuldades econômicas ou outros motivos semelhantes?	☐ Sim	☐ Não

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

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

DEMOGRAFIA DO ALUNO

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

ETNIA

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

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

CORRIDA

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

☐	Asiático	Uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originais do Extremo Oriente, Sudeste Asiático ou subcontinente indiano, incluindo, por exemplo, Camboja, China, Índia, Japão, Coreia, Malásia, Paquistão, Ilhas Filipinas, Tailândia e Vietnã.
☐	Índio Americano ou Nativo do Alasca	Uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originários da América do Norte e do Sul (incluindo a América Central) e que mantém afiliação tribal ou apego à comunidade.
☐	Negro ou afro-americano	Uma pessoa com origens em qualquer um dos grupos raciais negros da África.
☐	Nativo havaiano ou outro ilhéu do Pacífico	Uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originais do Havaí, Guam, Samoa ou outras ilhas do Pacífico.
☐	Branco	Uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originários da Europa, Oriente Médio ou Norte da África.



INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

INFORMAÇÕES DE EMERGÊNCIA DE SAÚDE

Nome do aluno:

Data de nascimento:

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

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

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

PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE			
Pediatra			
Nome:		Telefone:	
Dentista			
Nome:		Telefone:	
ortodontista			
Nome:		Telefone:	
Plano de saúde			
Nome:			

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

☐ Sim

☐ Não

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

Notificarei a escola se houver qualquer alteração nas informações acima.

Assinatura do Pai/Responsável

Data



INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

HISTÓRICO DE SAÚDE DO ALUNO

Nome do aluno:

Data de nascimento:

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

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

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

2. Seu filho usa óculos ou lentes de contato?

☐ Sim ☐ Não

3. Seu filho usa aparelho auditivo?

☐ Sim ☐ Não

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

☐ Sim ☐ Não

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

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

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

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



INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

HISTÓRICO DE SAÚDE DO ALUNO

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

☐ Sim ☐ Não

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

☐ Sim ☐ Não

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

☐ Sim ☐ Não

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

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

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

Assinatura do Pai/Responsável

Data



INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

PESQUISA DE IDIOMA NACIONAL

Massachusetts abriga falantes de diversas línguas. Esta Pesquisa de Idiomas nos ajuda a conhecer as habilidades do seu filho em inglês e a oferecer suporte, se necessário, para ajudá-lo a aprender inglês. Responda às perguntas abaixo. Se a sua resposta a qualquer uma das perguntas da SEÇÃO 1 for um idioma diferente do inglês, o distrito escolar aplicará um teste ao seu filho para verificar se ele pode se beneficiar do apoio no idioma inglês.

Se precisar de ajuda para preencher este formulário, peça assistência.

Nome do aluno:	
Série:	
Data Nascimento (mm/dd/aaaa):	
Nomes dos Pais/Responsáveis1:	
Nomes dos Pais/Responsáveis2:	
SEÇÃO 1: Estas perguntas ajudarão a escola a identificar alunos que possam precisar de apoio em inglês. Se a sua resposta a qualquer uma das perguntas de 1 a 3 for um idioma diferente do inglês, seu filho será avaliado quanto ao uso e à compreensão do inglês para determinar se o apoio em inglês é necessário.	1. Liste o(s) idioma(s) que os pais e/ou responsáveis principais usam para se comunicar com seu filho em casa _____ 2. Liste o(s) idioma(s) que seu filho usa atualmente para se comunicar com outras pessoas. _____ 3. Liste o(s) idioma(s) que seu filho entendeu e usou pela primeira vez para se comunicar.
SEÇÃO 2: Serviços de Interpretação e Tradução Esta seção informará a escola se vocês, pais/responsáveis, precisam de um intérprete ou de documentos traduzidos. Esta seção é apenas para fins informativos e não é usada para identificar se seu filho precisa de apoio para aprender inglês.	4. Em que idioma(s) sua família prefere receber comunicação escrita da escola? Pai/Responsável 1: _____ Pai/Responsável 2: _____ 5. Você prefere que a escola providencie um intérprete disponível gratuitamente durante reuniões e ligações telefônicas com a escola sobre seu filho (incluindo Língua Americana de Sinais ou outros tipos de linguagem de sinais)? _____ Sim _____ Não Se sim, em qual(is) idioma(s)? Pai/Responsável 1: _____ Pai/Responsável 2: _____

INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

PESQUISA DE IDIOMA NACIONAL

SEÇÃO 3 [Opcional]: Educação Anterior

Esta seção fornecerá à escola informações básicas sobre seu filho e sua educação anterior.

Esta seção é opcional e não é usada para identificar se seu filho precisa de suporte para aprender inglês.

6. Por favor, liste o nome e o local da última escola que seu filho frequentou

Nome da Escola: _____

Cidade/Município: _____ País: _____

7. Há quantos anos seu filho frequenta a escola nos Estados Unidos? (começando pelo jardim de infância) _____ Por favor, informe a data em que seu filho começou a frequentar a escola nos Estados Unidos, se souber (mm/aaaa): _____

8. Seu filho já frequentou alguma escola fora dos Estados Unidos?

_____ Sim _____ Não _____ Não estou certo

Se sim, por quantos anos? _____ Em que idioma(s) seu filho aprendeu enquanto frequentava a escola fora dos Estados Unidos? _____

Qual foi a última série em que seu filho se matriculou ou concluiu? _____

9. Seu filho já recebeu apoio para melhorar o inglês em escolas dos Estados Unidos?

_____ Sim _____ Não _____ Não estou certo

10. Há algo mais que você acha importante que a escola saiba sobre seu filho? (por exemplo, interesses especiais, talentos ou preocupações que você tem sobre a experiência do seu filho na escola?)

Nomes dos
Pais/Responsáveis:

Assinatura dos
Pais/Responsáveis:

Data (mm/dd/aaaa):



INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

LANÇAMENTO DE REGISTROS

AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAR/OBTER REGISTROS ALUNOS

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

Assinatura dos Pais ou Responsáveis

Data

Nome do aluno:

Data de nascimento:

Morada atual:

Nome da escola anterior ou nova:

Nível de ensino:

Endereço escolar:

Cidade, Estado e CEP:

Número de telefone:

Número de fax:

FOR SCHOOL USE ONLY

School records must be requested from or submitted to:

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

Special education records must be requested from or submitted to:

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



INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE

PESQUISA DE EXPERIÊNCIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

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

Nome do aluno:

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

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

Nome dos pais:

Encontro:
