

BEM-VINDO ÀS ESCOLAS PÚBLICAS DE ROCKLAND

Em anexo está o pacote de inscrição do estudante. As primeiras duas páginas explicam qual documento é necessário para que você possa completar o processo de inscrição. Por favor, ler cada página cuidadosamente pois não podemos aceitar pacotes que estejam incompletos. Note que alguns formulários têm dois lados para serem preenchidos assim como **1 Cartão de Contato** e **1 Cartão de Emergência**.

Assim que receber o pacote, por favor preencher a versão em Inglês dos mesmos e entrar em contato com a Intérprete das Escolas Públicas de Rockland, Neia Callahan, pelo número 781-414-9086 de Segunda à Sexta das 8:00 da manhã às 2:00 da tarde ou enviar um email para ecallahan@rocklandschools.org, para que possamos marcar um encontro e analisar todos os documentos e formulários preenchidos.

Os pacotes preenchidos devem ser retornados para o **Pupil Personnel Services** localizado na Escola Memorial Park, One Col. Brian Duffy Way, Rockland, MA 02370 (se você estiver em frente à Escola Memorial Park, por favor dirija-se à lateral esquerda do prédio e procure as placas do Pupil Personnel Services). Uma vez revisada, a informação será enviada para a escola designada. Nós estaremos aceitando aplicações às Segundas e Terças das 9:30 da manhã ao meio dia. Durante o verão os horários são Segundas e Terças de meio dia às 3:00 da tarde. Por favor ligar para Linda Ricciarelli no 781-878-1380 ext. 5020 para marcar outro horário caso você não possa comparecer nos horários indicados acima.

Se você tiver alguma dúvida por favor ligar para Pupil Personnel Services no 781-878-1380, ext. 5020. Se você precisar falar com uma intérprete, por favor ligue para 781-414-9086.

Visite o nosso website – <http://rocklandschools.org>

Visit our website - <http://www.rocklandschools.org>

Escolas Públicas de Rockland
PROCESSO DE REGISTRO

Direções Página 1

Nós gostaríamos de dar as boas vindas à Escola Pública de Rockland. Para que possamos ajudar a sua criança e ser matriculada o mais rápido possível, nós criamos a seguinte lista de informação que você irá precisar providenciar **antes** que a sua criança seja oficialmente registrada.

AS MATRÍCULAS NÃO SERÃO PROCESSADAS ATÉ QUE TODOS OS SEGUINTE MATERIAIS SEJAM RECEBIDOS

___ **Certidão de Nascimento Original com carimbo oficial em alto relevo** (A Certidão de Nascimento do Hospital não é um documento legal).

___ **Prova de residência** – veja o formulário na próxima página para a documentação necessária.

___ **Exame físico e registro de imunizações.** Caso as imunizações da sua criança não estejam atualizadas, por favor entre em contato com o médico da sua criança imediatamente para marcar uma consulta.

Por favor, completar os formulários listados abaixo:

___ Formulário 1: Formulário de Registro/ Informação da Matrícula do Estudante (Censo).

___ Formulário 2: Informação de Emergência do Estudante.

___ Formulário 3: Informação Atualizada da Saúde do Estudante.

Formulários Opcionais (usar somente se for aplicável à situação da sua criança)

___ Formulário 4: Liberação do Histórico Escolar do Estudante

___ Formulário 5: Formulário de Verificação de Residência do Estudante (usar somente se os pais/responsável pelo estudante estiverem residindo com membros da família ou não são proprietários ou alugam o imóvel onde moram).

****Por favor observe – Se os pais/responsável pelo estudante estão residindo com um membro da família e não são proprietários ou alugam o imóvel onde moram você deve providenciar o seguinte:**

- O Formulário de Verificação de Residência do Estudante Autenticada do chefe da casa, declarando que a criança e os pais/responsável estão residindo neste endereço.

- Carteira de Motorista de Massachusetts/ Identidade de Massachusetts do chefe da casa desta residência com endereço atualizado e também a Carteira de Motorista de Massachusetts/ Identidade de Massachusetts do dos pais/ responsável.

- Prova de residência como declarado acima.

PROCEDIMENTOS PARA REGISTRO E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

De acordo com o MGL, Capítulo 76, Seção 5, cada pessoa “tem o direito de frequentar a Escola Pública da cidade onde ele/ela residir atualmente”. Os seguintes procedimentos serão seguidos para a verificação da residência do estudante:

Antes de qualquer estudante ser matriculado nas Escolas Públicas de Rockland, os pais/responsável do estudante deverão provar a residência legal na cidade de Rockland. As crianças cuja residência primária estiver fora de Rockland não poderão atender a escola do Distrito de Rockland. Uma residência significa o domicílio no qual a criança passa a maioria do tempo. O padrão usado por Rockland é simples: A lei é clara no que diz respeito à determinação da residência, isto significa o estabelecimento de um “domicílio” – onde o estudante reside, como determinado pelo estabelecimento onde o centro da sua vida doméstica, social e cívica e, **isto é onde ele(a) frequentará a Escola**. Este padrão deve ser o primeiro passo atingido antes de uma família provar a residência de uma criança.

Todos os aplicantes deverão submeter ao menos **três provas de residência**.

Os documentos deverão ser impressos com o nome e endereço dos pais/responsável do estudante. *Quando registrar um estudante na Escola Pública de Rockland, a pessoa do distrito que receber o registro irá confirmar a residência. Estes documentos também serão necessários caso haja mudança de endereço.

Todos os aplicantes devem submeter no mínimo de cada uma das seguintes colunas:

Coluna A	Coluna B	Coluna C
<p>Deverá mostrar o endereço Atual de Rockland**</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carteira de Motorista Válida - Identidade Válida de MA - Passaporte Válido e Datado <p>Caso a Carteira de Motorista/ Identidade, não mostrar o Endereço atual, você poderá Checar online no endereço eletrônico.</p> <p>www.massdot.state.ma.us/rmv e clicar na “mudança de endereço” E eles te enviarão o seu recibo por email. Por favor, envie uma Conta para o registrante da escola.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cópia do Contrato de Aluguel - Documento de Hipoteca da Casa (Mortgage) - Acordo da Seção 8 - Declaração Legal do dono da propriedade afirmando que você é inquilino. - Cópia da escritura da compra da casa ou acordo da compra e venda da casa. <p>Use o Formulário 5 se você não tiver os documentos acima. O Formulário 5 Deve ser autenticado.</p>	<p>Uma conta qualquer ou pedido datado da casa dos últimos 60 dias incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conta de Gás - Conta de Óleo - Conta de Luz - Conta de Telefone res/cel - Conta de TV à Cabo <p>Por favor notem que algumas Companhias oferecem acesso online para baixar ou acessar as contas da sua residência.</p>

***O responsável legal requer documentação adicional do Tribunal ou agência.**

As regras de residência de Rockland não se aplicam aos estudantes sem teto. (Lei “McKinney-Vento”) Eu/Nós entendemos que todos os aplicantes devem residir em Rockland (Leis Gerais de Massachusetts, Capítulo 76, Sec. 5) cada pessoa deve ter o direito de frequentar a Escola Pública de Rockland onde ele/ela reside atualmente, sujeito à seção mencionada. Nenhum Comitê Escolar é obrigado a matricular uma pessoa que não reside, no momento, na cidade da escola, a menos que esta matrícula seja autorizada por Lei ou pelo Comitê Escolar. Qualquer pessoa que violar ou ajudar na violação desta Lei terá que enviar uma restituição para a cidade em que a escola se encontra, porque atendeu impropriamente a Escola Pública. Nenhuma pessoa deverá ser excluída ou discriminada na sua admissão na Escola Pública, seja pela sua raça, cor, sexo, religião, origem nacional ou orientação sexual. Emendado por st.1971, c.622, c.1; st.1973, c.925, s.9ª, st.1993, c.282; st.2004, c.352, s.33

Formulário 1**Escolas públicas de Rockland****Informação do registro do recenseamento do estudante do formulário de registro**

(Imprima por favor)

O nome legal completo do estudante: _____

Dure o primeiro sufixo médio

Data de nascimento (MM/DD/YYYY): _____; Categoria entrando do ____ Género do __ de F _ N do _ de M: _____

Cidade/estado/país de nascimento: _____

Informação precedente da escola

O estudante atendeu a uma outra escola de Rockland? Yes__ nenhum __se sim: Escola/Grade _____

A última escola atendeu fora das escolas públicas de Rockland

Escola: Categoria do _____; Ano escolar do _____; Estado do _____; _____

Raça/afiliação étnica (responda por favor a AMBAS AS perguntas 1 e 2)

1. É este estudante hispânico ou Latino? (escolha somente um)

__nenhum, nao latino-americano ou Latino

__sim, hispânico ou Latino (pessoa de A de cultura do cubano, do mexicano, do porto-riquenho, a sul ou a da América Central, ou outra a espanhola da origem apesar da raça)

2. Que é a raça do estudante? (escolha uns ou vários)

Indiano americano do __ou nativo do Alasca (pessoa de A que tem origens em alguns dos povos originais do norte e da América do Sul (que incluem América Central), e quem mantem a afiliação tribal ou o acessório da comunidade)

Asiático do __ (pessoa de A que tem origens em alguns dos povos originais do Extremo Oriente, 3Sudeste Asiático, ou o subcontinente indiano que incluem, por exemplo, Camboja, China, Índia, Japão, Coreia, Malásia, Paquistão, as ilhas Filipinos)

Preto do __ou afro-americano (pessoa de A que tem origens em alguns dos grupos raciais pretos de África)

Insular havaiano do __ou outro pacífico nativo (pessoa de A que tem origens em alguns dos povos originais de Havaí, de Guam, de Samoa, ou de outras ilhas do Pacífico)

Branco do __ (pessoa de A que tem origens em alguns dos povos de Europa originais, do Médio Oriente, ou do Norte de África)

Informação de ELA/avaliação home da língua

Que língua sua criança primeiramente compreendeu ou falou? _____

Que língua você usa o mais frequentemente ao falar com sua criança em casa? _____

Que língua sua criança usa o mais frequentemente ao falar com você em casa? _____

Que língua sua criança usa o mais frequentemente ao falar com outros membros da família? _____

Que língua sua criança usa o mais frequentemente ao falar com os amigos? _____

Que língua sua criança lê? _____

Que língua sua criança escreve? _____

Em que idade sua criança começou atender à escola? _____

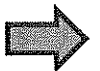
Sua criança atendeu para educar desde cada ano que envelhece? __No dos __Yes se nenhum, explique por favor:

Você preferiria os originais traduzidos? Sim ou nenhum que língua você quer os originais? _____

Informação de serviços do ensino especial

Sua criança está recebendo serviços do ensino especial? __No dos __Yes

SOBRE



Circunde por favor a melhor indicação:

1. Não, não um membro de uma família militar
2. Sim, criança do membro do serviço activo
3. Sim, criança do membro ou veteranos que medicamente são descarregados ou aposentados por 1 ano
4. Sim, criança do membro que morre no serviço activo

Estado imigrante:

1. Forneça por favor a cópia do passaporte um selo porta de entrada e de data
2. É você um imigrante? Do _____sim nenhum
3. O que é seu país do _____da origem
4. Você foi registrado em escolas de Massachusetts pelos 3 anos passados? Do _____sim nenhum
Quando _____
O outro _____

FORMULÁRIO 2

ID do Estudante# _____

**Escolas Públicas de Rockland
Informação Confidencial de Emergência do Estudante**

Data: _____

Nome do Estudante _____

Sobrenome

Nome

Meio

Endereço _____ Tel Casa _____

Emergências como doenças repentinas ou acidentes frequentemente ocorrem na escola. Caso um evento de emergência ocorra, a sua criança será transportada para o Hospital mais próximo. Por favor complete a seguinte informação:

Nome da Mãe/Responsável _____ Endereço(caso diferente) _____

Tel do trab.da Mãe _____ Cel Mãe _____ email Mãe _____

Nome do Pai/Responsável _____ Endereço(caso diferente) _____

Tel do trab do Pai _____ Cel Pai _____ email Pai _____

A criança vive com: Ambos() Pai() Mãe() Guardiã() Mãe/Padrasto() Pai/Madrasta()

Por favor coloque **DOIS OUTROS** adultos responsáveis para cuidar da sua criança caso não conseguirmos contactá-los:

1)Nome _____ Endereço _____

Tel _____ Relação com Estudante _____

2)Nome _____ Endereço _____

Tel _____ Relação com Estudante _____

Por favor indicar outras crianças que moram com você:

NOME DATA DE NASCIMENTO NOME DA ESCOLA

Informação Confidencial/ Fotos dos Estudantes

Se eu quiser que as informações da minha criança sejam confidenciais ou se eu não quiser que fotos da minha criança sejam tiradas na escola, eu entendo que eu devo enviar uma carta com o pedido aos cuidados da diretora da escola.

Liberação de Informações relacionadas ao Medicaid

Como pai/responsável da criança mencionada acima, eu dou permissão para liberar as informações dos documentos escolares para outros distritos escolares e pessoas designadas, representantes da Administração Federal e Estadual do "Medicaid" com o único objetivo de pedir o reembolso do "Medicaid" para serviços de saúde de apoio ao Plano Educacional Individualizado (IEP).

INICIAIS _____

Assinatura do Pai/Responsável _____ Data _____

FORMULÁRIO 3

ID do Estudante _____

**Escolas Públicas de Rockland
Formulário Com Informação Recente da Saúde do Estudante (Por favor imprimir)**

Pais: Para assegurar uma resposta rápida caso haja um evento de emergência médica, por favor complete os campos abaixo:

Nome do Estudante _____

Sobrenome

Nome

Meio

Data de Nascimento (DD/MM/AAAA) _____ Cidade/Estado/País de Nasc.: _____

INFORMAÇÃO MÉDICA

Nome do Médico _____ Tel _____

Nome do Dentista _____ Tel _____

Nome do Seguro Saúde _____

 Seguro Público Seguro Privado Mass Health Não tem Seguro

Se você não tem Seguro Saúde, o Estado de Massachusetts tem um plano de Seguro Saúde que fornecerá às crianças sem seguro um cuidado de saúde dentro do orçamento (restrições se aplicam). Caso você esteja interessado em obter mais informações sobre este programa, por favor entre em contato com a enfermeira da escola.

Alergias _____

Problemas de saúde atuais _____

Medicamentos usados no momento _____

Nome

Dose

Horário da Dose

Permissão para dar medicamentos sem prescrição médica

A minha criança tem a permissão de receber medicamento sem aspirina com a supervisão da enfermeira da escola e outras ordens autorizadas pelo Médico das Escolas Públicas de Rockland Sim Não

O protetor solar pode ser aplicado, se necessário, para eventos realizados do lado de fora? Sim Não

Liberação de Informação

Eu autorizo a enfermeira da escola a contactar o médico acima mencionado, quando necessário, para uma comunicação sobre informações médicas do estudante. Eu entendo que eu serei contactado antes que esta comunicação aconteça. Sim Não

Permissão Para o Tratamento

No caso de ocorrer um problema de saúde sério, Eu, através deste documento autorizo a escola a contactar o médico pediatra da minha criança e/ou procurar emergência médica incluindo transporte para uma clínica médica. Eu, através deste documento, autorizo o médico e as pessoas que trabalham na emergência a administrar os cuidados necessários. Eu entendo que todo o esforço será feito para contactar primeiramente a família e os contatos de emergência. Sim Não

Hospital de Preferência _____

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável _____ Data _____

Nome em letra de forma _____ Relação com Estudante _____

FORMULÁRIO 4

ID do Estudante _____

**Escolas Públicas de Rockland
Formulário Para Liberação dos Documentos Escolares do Estudante**

A Lei Estadual requer que os estudantes e/ou os pais/responsáveis providenciem uma documentação escolar completa no momento da matrícula do estudante em um distrito novo. Por favor assine abaixo para permitir a liberação de todos os documentos escolares do estudante mencionado abaixo para completar a matrícula na Escola do Distrito de Rockland.

Por favor libere os documentos escolares completos de _____
Nome do Estudante

Data de Nascimento

Última Escola Frequentada _____
Nome da Escola Anterior

Endereço _____
Endereço da Escola Anterior

Incluindo:

- ____ Cartão de Transferência ou Carta de Transferência
- ____ Registros Médicos (Vacinas, certidão de nascimento)
- ____ Histórico Escolar (Dados objetivos dos testes)
- ____ Relatórios de Educação Especial/ Avaliações (Psicológica, IEP, etc)
- ____ Registro das Matérias (disciplinas)
- ____ Todos relacionados acima

Por favor enviar para:

Escola R Stewart Esten
733 Summer St
Rockland, MA 02370
781-878-8336
FAX 781-871-8451

Escola Jefferson
93 George St
Rockland, MA 02370
781-871-8400
FAX 781-871-8449

Escola Memorial Park
One Col Brian Duffy Way
Rockland, MA 02370
781-878-1367
FAX 781-871-8450

Rogers Middle School
100 Taunton Av
Rockland, MA 02370
781-878-4341
FAX 781-871-8448

High School
52 Mackinlay Way
Rockland, MA 02370
781-871-0541
FAX 781-878-0158

Assinatura do Pai/Responsável

Data

As Escolas Públicas de Rockland não discriminam ninguém baseado na raça, cor, sexo, idade, religião, deficiência, origem nacional ou orientação sexual.

FORMULÁRIO 5

Escolas Públicas de Rockland
Verificação de Residência do Estudante

(PARA ESTUDANTE E PAI/RESPONSÁVEL RESIDINDO/MORANDO EM UM ABRIGO OU COM UM MEMBRO DA FAMÍLIA)

Eu, _____, através deste documento atesto que o indivíduo a seguir mora atualmente na minha residência localizada no seguinte endereço:

_____ na cidade de _____, MA – Tel _____

Nome do Pai/Mãe/Responsável _____

Nome do Estudante _____

Eu/Nós entendemos que todos os aplicantes devem residir em Rockland. Toda pessoa deve ter o direito de atender as Escolas Públicas da cidade onde ele/ela reside atualmente sujeito à seguinte seção (Leis Gerais de Massachusetts, Capítulo 76, Sec 5). Nenhum membro do Comitê Escolar é obrigado a registrar uma pessoa que não reside, no momento, na cidade a menos que o Comitê Escolar autorize por lei ou matrícula. Qualquer pessoa que violar ou ajudar na violação desta Lei terá que enviar uma restituição para a cidade em que a escola se encontra, porque atendeu imprópriamente a Escola Pública. Nenhuma pessoa deverá ser excluída ou discriminada na sua admissão na Escola Pública, seja pela sua raça, cor, sexo, religião, origem nacional ou orientação sexual.

EU CERTIFICO QUE TODAS AS DECLARAÇÕES FEITAS NESTE FORMULÁRIO ESTÃO CORRETAS NO MELHOR DO MEU CONHECIMENTO.

Assinatura do Chefe da Casa Data

O termo residência ou endereço se refere à sua residência legal como determinado pelos documentos emitidos pelo governo, tais como a carteira de motorista ou carteira de identidade. Outros documentos podem ser requeridos, além da sua carteira de motorista.
Rever a lista de documentos de residência.

ACKNOWLEDGEMENT OF SIGNATURE

On this ____ day of _____, 20____, before me, the undersigned notary public, personally appeared

_____ (name of document signer), proved to me

Through satisfactory evidence of Identification, which were _____

To be the person whose name is signed on the preceding or attached document, and acknowledged to me that (he/she) signed it voluntarily for its stated purpose.

Massachusetts Notary Public Notary Print Signature Here

Aviso dos Pais de Massachusetts com o Consentimento Único que permite ao Distrito Escolar Acessar os Benefícios do MassHealth (Medicaid)

Escolas Públicas de Rockland

Caro Pai/ Responsável:

O propósito desta carta é pedir a sua permissão para cobrar do MassHealth pelos custos dos serviços de educação especial que o distrito fornece para a sua criança através do IEP que nós desenvolvemos com você. Se você concordar, MassHealth irá reembolsar o custo dos serviços que eles cobriram, tais como serviços de terapia assim como o custo do tempo gasto pelos provedores de tais serviços para participar em reuniões do Time. Nós não podemos enviar relatórios e informação sobre a sua criança e os serviços do IEP da sua criança para o MassHealth para pedir o reembolso sem o seu consentimento e sem primeiro notificar você do seguinte:

1. O distrito escolar não pode pedir que você faça a inscrição para o MassHealth para que a sua criança receba os serviços de educação especial do qual a sua criança tem direito;
2. O distrito escolar não pode pedir que você pague pelos serviços de educação especial. Isto significa que o distrito escolar não pode pedir que você pague qualquer taxa ou dedução que possa ser cobrado do MassHealth. O distrito escolar pode concordar em pagar a taxa ou dedução se tal custo for esperado.
3. Se o distrito escolar receber o seu consentimento:
 - a. O seu consentimento não irá diminuir o tempo de vida da cobertura disponível da sua criança ou outro benefício do MassHealth; nem irá limitar de maneira alguma o uso do benefício do MassHealth pela sua família fora da escola.
 - b. O seu consentimento não afeta os serviços de educação especial da sua criança ou direitos ao IEP de maneira alguma.
 - c. O seu consentimento não irá levar a nenhuma mudança nos direitos ao MassHealth pela sua criança; e
 - d. O seu consentimento não irá levar a nenhum risco de perder a elegibilidade para outros programas financiados pelo Medicaid or MassHealth.
4. Se você consentir, você tem o direito de mudar de idéia e retirar o seu consentimento a qualquer momento.
5. Se você retirar o seu consentimento, ou recusar a concordar a permitir que o distrito escolar compartilhe os relatórios e informação da sua criança com o MassHealth com o propósito de cobrar o custo dos serviços do seu IEP, o distrito escolar irá continuar se responsabilizando em fornecer à sua criança os serviços de educação especial do seu IEP sem custo para você.

Eu li o aviso e entendi. Eu tive as minhas dúvidas , se alguma, respondidas. Eu concordo em dar o meu consentimento para o distrito escolar para compartilhar os relatórios e informação à respeito dos serviços de IEP da minha criança se necessário para cobrar do MassHealth e obter o reembolso federal do custo dos serviços do IEP que o MassHealth cobre.

Assinatura do Pai/Responsável _____ Data _____

Nome do Estudante: _____ Nasc: _____ SASID: _____

**ESCOLAS PÚBLICAS DE ROCKLAND
ROCKLAND, MASSACHUSETTS**

PARA: Pais dos estudantes entrando nas Escolas Públicas de Rockland

DE: Patricia Penney, Operadora de Sistema

Assunto: Ônibus

Se você gostaria que a sua criança seja transportada pelo ônibus, por favor ligar para Patti Penney pelo número 781-878-1540 ou enviar um email para ppatricia@rocklandschools.org
Obrigada!

CONTATO DOS PAIS/ CARTÃO DE DISPENSA

Ônibus_____ (uso do escritório)

Creche_____ (uso do escritório)

PRE/ESTEN/JEFF/MP/RMS/RHS/OOD

Nome do Estudante_____

Sobrenome _____ Nome _____ Meio _____
Série _____ Sala _____ Idade _____ Data de Nascimento _____

Endereço do Estudante_____

(1) Nome da Mãe/Responsável _____ Parentesco _____

Endereço _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____

Tel. Casa _____ Tel. Celular _____ Tel. Trabalho _____

Melhor # p/ mensagem _____ Melhor # p/ falar c/ você _____

Você quer mens. de texto? **S N** Email _____

Tem custódia? **S N** Pode dispensar? **S N** Pode acessar o X2? **S N**

Pode receber boletins? **S N** Pode receber carta sobre conduta? **S N**

(2) Nome do Pai/Responsável _____ Parentesco _____

Endereço _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____

Tel. Casa _____ Tel. Celular _____ Tel. Trabalho _____

Melhor # p/ mensagem _____ Melhor # p/ falar c/ você _____

Você quer mens. de texto? **S N** Email _____

Tem custódia? **S N** Pode dispensar? **S N** Pode acessar o X2? **S N**

Pode receber boletins? **S N** Pode receber carta sobre conduta? **S N**

Estudante Mora Com:

Pais _____ Mãe _____ Pai _____ Responsável _____ Desabrigada _____ Outro _____

Indique dois vizinhos/ parentes/contatos próximos que assumirão cuidado temporário da sua criança se você não puder ser encontrado.

Nome _____ Parentesco _____ Telefone _____

Endereço _____

Nome _____ Parentesco _____ Telefone _____

Endereço _____

Existe alguém que a sua criança não pode ser dispensada para? **S N** Se sim, indicar os nomes:

Existe algum documento legal? **S N** Se sim, entregar uma cópia no escritório da escola.

A sua criança é relacionada com um membro ativo das forças armadas? **S N**

CARTÃO DE INFORMAÇÃO PARA EMERGÊNCIA

PRE/ESTEN/JEFF/MP/RMS/RHS/OOD

Nome do Estudante _____ Série _____ Sala _____

Sobrenome _____ Nome _____ Meio _____

Endereço _____ Tel. Casa _____ Nasc _____

Melhor # para mensagem automatizada _____

Onde os pais/responsáveis podem ser encontrados quando não estiverem em casa?

Nome _____ Tel Trab _____ Cel _____ Email _____

Nome _____ Tel Trab _____ Cel _____ Email _____

Assinatura do Pai/Responsável _____ Data _____

Existe alguém que a sua criança NÃO pode ser dispensada para? ___Sim___ Não

Se sim, indicar o nome _____

Indique dois vizinhos/ parentes próximos que assumirão cuidado temporário da sua criança se você não puder ser encontrado.

1.Nome _____ Telefone _____

2.Nome _____ Telefone _____

Nome do Médico _____ Telefone _____

Nome do Dentista _____ Telefone _____

Em caso de acidente ou doença grave, eu peço a escola para entrar em contato comigo e, se necessário, transportar para o Hospital _____

Alergias _____ Condições Médicas _____

Podem as seguintes medicações serem ministradas? Tylenol? ___sim___ não Advil ___sim___ não

Apenas Pré-Escola/Elementar - Pode ser aplicado protetor solar, se necessário, para eventos do lado de fora? ___sim___ não

Apenas RHS/RMS – Sudafed? ___sim___ não Antiácido? ___sim___ não Robitussin ___sim___ não

Seguro Saúde _____ Seguro Odontológico _____

Liberção de Informação relacionada a Medicaid

Eu certifico que eu li e entendi a carta em anexo sobre o Consentimento Único para autorizar o Acesso do Distrito Escolar aos Benefícios do MassHealth(Medicaid). Eu dou permissão ao distrito escolar para acessar estes benefícios se a minha criança for um estudante elegível. Eu entendo que isto não terá custo para mim, não irá impactar as provisões dos serviços de IEP para a minha criança ou benefícios disponíveis para ela/ela sob o MassHealth, e que eu posso revogar o meu consentimento a qualquer momento.

Assinatura do Pai/Responsável _____ Data _____

Para que possamos melhor gerenciar as necessidades de saúde da sua criança (especialmente em caso de emergência), por favor preencha as seguintes informações se forem aplicadas à sua criança.

Qual, se algum, medicação PRESCRITA a sua criança toma em casa regularmente?

Diariamente e/ ou quando necessário

Medicação	Dose	Horário
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Esta informação pode ser compartilhada com a professora, se necessário? ___sim___ não