



Escolas Públicas de Holliston

370 Hollis Street
Holliston, Massachusetts 01746
Telefone 508-429-0652 Fax 508-429-0653

Para matricular o seu estudante nas Escolas Públicas de Holliston por favor entre em contato com o especialista de matrícula na escola que seu estudante atenderá. Este especialista marcará um horário para você visitar a escola e ajudá-lo a preencher os papéis necessários.

O especialista de matrícula de cada escola é o seguinte:

Escola de Ensino Superior Holliston Séries 9-12
Lynn Culverwell 508-429-0677 ext.1107

Escola de Ensino Médio Robert Adams Séries 6-8
Michelle Meredith 508-429-0657 ext.1121

Escola Elementar Fred W. Miller Séries 3-5
Shannon Carbino 508-429-0667 ext.1124

Escola Elementar Sam Placentino Séries pré-k -2
Maureen Ohnemus 508-429-0647 ext.1102

O pacote com os papéis de matrícula pode ser pego em quaisquer escolas ou pode ser imprimido diretamente da página da internet www.holliston.k12.ma.us. Inclui os seguintes formulários, que devem ser preenchidos. Você pode escolher para preenchê-los na escola ou pode trazer os formulários já preenchidos antes de registrar seu estudante.

Estes formulários devem ser retornados e processados pela escola antes de sua criança ser enlistada.

1. Formulário de Matrícula do Estudante
2. Autorização para Liberação de Informação
3. Formulário de Emergência do Estudante
4. Formulário Escolar de Informação de Saúde
5. Avaliação de Linguagem em Casa
6. Pedido para Redução de preço da Refeição /Grátis (se for necessário) *
7. Formulário CORI (se interessado em se voluntariar na escola) *

* Estes formulários são opcionais

Junto com os formulários preenchidos 1-5 (6 e 7 se for relevante) você precisará de providenciar a certidão de nascimento ou prova de residência para a escola. Prova de residência pode ser obtida se providenciar um contrato de Compra e Venda ao Superintendente das Escolas ou se trazer uma cópia do contrato de aluguel para a escola. Também, se houver um problema de custódia com respeito ao estudante os documentos legais precisarão ser providenciados.



Escolas Públicas de Holliston

www.holliston.k12.ma.us

Formulário de Registro do Estudante

Nome deve ser escrito como na certidão de nascimento ou outro documento legal

Nome do Estudante: _____ Escola _____
Sobrenome Primeiro Meio

Endereço: _____
Número Rua Cidade Estado CEP

Endereço de Correio: _____
(se for diferente acima)

Telefone (casa): _____ Série: _____ O estudante já estudou nas escolas de Holliston antes? S N

Date de Nasc.: _____ Cidade: _____ Sexo: F M
(mês/dia/ano)

Se o estudante nasceu fora dos EUA, qual foi o dia de entrada numa escola dos EUA? _____
Em qual país que o estudante nasceu? _____

O Departamento de Educação de Massachusetts requer que o distrito colete os seguintes dados demográficos de cada estudante. *Definições de raça e cultura são definidas pelo Escritório Federal de Administração e Orçamento (OMB)*

Cultura: o estudante é espanhol ou latino? Escolha somente um

- Não, não é espanhol ou latino
 Sim, espanhol ou latino: *peças de Cuba, México, Chicanam, Porto Rico, América do Sul ou Central, outra cultura ou origem espanhola, independente da raça*

Qual é a raça do estudante? Escolha somente um

- Branca: *uma pessoa que tenha origens em quaisquer pessoas vindas da Europa, Oriente Médio, ou Norte da África*
 Preta ou Africano/Americano: *uma pessoa que tenha origens em quaisquer grupos raciais da África*
 Américo/Índio ou Nativo do Alasca: *uma pessoa que tenha origens em quaisquer pessoas vindas do Norte e Sul da América (incluindo a América Central) e que mantêm afiliação com a comunidade*
 Asiático: *uma pessoa que tenha origens em quaisquer povos vindos do Este, Sudeste da Ásia, ou de subcontinentes indianos incluindo, por exemplo, Camboja, China*
 Nativo do Havai ou Outra Ilha do Pacífico: *uma pessoa que tenha origens em quaisquer povos vindos do Havai, Guam, Samoa, ou outras Ilhas do Pacífico*

Informação do Pai (primeiro)/Guardião:

Nome: _____ Relação: _____

Endereço: _____
Número Rua Apto Cidade Estado CEP

Telefone (casa) _____ Celular: _____ Trabalho: _____

Trabalho: _____

Informação do Pai (Segundo)/Guardião:

Nome: _____ Relação: _____

Endereço: _____
Número Rua Apto Cidade Estado CEP

Telefone (casa) _____ Celular: _____ Trabalho: _____

Trabalho: _____

Com quem o estudante reside? Pais Somente c/ Mãe Somente c/ Pai Somente c/ guardião Outro _____
Especifique

Informação Escolar Prévia

Última escola na qual estudou: _____ + _____ Cidade: _____

Por favor, cheque qualquer serviço adicional que o estudante recebeu:

- o estudante tem um Plano Individualizado de Educação (IEP)
 o estudante recebeu serviços de LEP
 o estudante recebeu serviços do Título I
 o estudante tem um plano 504

O estudante já fez o teste MCAS (Sistema de Avaliação e Compreensão de Massachusetts) anteriormente? Sim Não

Data do último teste MCAS? _____ Série do momento _____ Onde? _____

Assinatura do Pai/Guardião: _____ Data: _____

Lista para a Matrícula:

Os seguintes formulários devem ser completados na hora de registro:

- Formulário de Matrícula
- Formulário de Emergência com assinaturas solicitadas
- Formulário Escolar de Informação de Saúde
- Avaliação de Linguagem em Casa
- Autorização para Liberação de Informação (somente para estudantes com transferência)
- Pedido para Redução de preço da Refeição /Grátis (se for relevante)
- Formulário de Pedido para o Seguro Escolar (se for relevante)
- Formulário para Transporte
- Prova de residência
- Papéis de Vacinação
- Certidão de Nascimento ou outro documento legal

Cópias dos seguintes documentos devem ser providenciadas na hora de registro:

- Certidão de Nascimento ou outro documento legal
- Papéis de Vacinação
- Prova de Residência
- Documentos legais com relação à custódia (se for relevante)



Escola Pública de Holliston

www.holliston.k12.ma.us

Informação de Emergência do Estudante

Último Nome _____ Primeiro _____ Nome do Meio _____
Endereço de Casa _____ Telefone _____
Data do último exame físico _____

Informação de Emergência

| Primeiro Pai/Guardião | Informação atual | Mudou Para |
|-----------------------|------------------|------------|
| Nome: | | |
| Relacionamento: | | |
| Endereço: | | |
| Telefone de Casa: | | |
| Empregador: | | |
| Telefone do Trabalho: | | |
| Telefone Celular: | | |
| Número do Pager: | | |
| Endereço de E-Mail: | | |

NOTA: SE O NÚMERO DO TELEFONE DE TRABALHO NÃO FOR LISTADO, O CELULAR SERÁ SIBSTITUÍDO PELO DE TRABALHO (QUANDO DISPONÍVEL)

| Segundo Pai/Guardião | Informação atual | Mudou Para |
|-----------------------|------------------|------------|
| Nome: | | |
| Relacionamento: | | |
| Endereço: | | |
| Telefone de Casa: | | |
| Empregador: | | |
| Telefone do Trabalho: | | |
| Telefone Celular: | | |
| Número do Pager: | | |
| Endereço de E-Mail: | | |

NOTA: SE O NÚMERO DO TELEFONE DE TRABALHO NÃO FOR LISTADO, O CELULAR SERÁ SIBSTITUÍDO PELO DE TRABALHO (QUANDO DISPONÍVEL)

| Em caso de acidente or doença e não posso ser encontrado, por favor entre em contato: | | | |
|---|-----------|-------|-----------|
| Nome: | Endereço: | Casa: | Trabalho: |
| Nome: | Endereço: | Casa: | Trabalho: |

| |
|--|
| Estudante mora com: |
| Quem tem a custódia legal do estudante? Os dois pais <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Guardião <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> |
| Tem mais alguma informação legal que a escola deveria saber? (Documentação é necessária) |

| Somente Séries de Jardim-8ª | | | |
|---|-----------|-------|-----------|
| Em caso de saída mais cedo e inesperada da escola e na minha ausência de casa, por favor entre em contato: | | | |
| Nome: | Endereço: | Casa: | Trabalho: |

Retorne por favor este formulário ao professor da sala de aula de sua criança ou ao Escritório da Escola Secundária.

Assinaturas Necessárias

Permissão para fotografar, gravar áudio, e/ou filmar minha criança pelos funcionários da escola para registrar eventos da sala de aula/escolares.

* **Sim** eu dou a permissão **Não** eu não dou a permissão

Permissão para fotografar, gravar áudio, e/ou filmar minha criança por organizações de notícias locais para destacar atividades escolares.

* **Sim** eu dou a permissão **Não** eu não dou a permissão

Eu li e compreendi o Manual do Estudante.

* **Sim** **Não**

Acordo do usuário para participação no sistema de comunicações eletrônicas

Eu li, entendi e concordo com as seguintes Políticas do Uso Aceitável (AUP) do distrito no Manual do Distrito.

* **Sim** eu dou a permissão **Não** eu não dou a permissão

Divulgação da informação do diretório

(refira à Política do Comitê Escolar intitulada Registros do Estudante e a Informação do Diretório, código JRA)

Permissão para a divulgação da informação do diretório às organizações escolares e de pais para que eu receba correspondências para pais.

* **Sim** eu dou a permissão **Não** eu não dou a permissão

Apenas Elementar

A informação de contato para estudantes elementares será incluída em uma lista de classe para saída mais cedo em caso de emergência, que será compartilhada com o coordenador de EPTSA e ao(s) Pai(s) Líder(es). **Para a segurança de nossas crianças, nenhuma criança será dispensada da escola a menos que a Escola ou o Pai Líder falem diretamente com um pai, um guardião ou a um contato autorizado.**

Não libere a informação de contato da minha criança para saída adiantada (mais cedo).

HS SOMENTE - como indicado no Ato NCLB, Seção 9528: "Um estudante da escola secundária ou o pai do estudante pode pedir que o nome do estudante, o endereço, e a lista do telefone descrita no parágrafo (1) da seção 9528 não sejam liberados sem consentimento dos pais previamente por escrito, e a agência educacional local ou escola particular notificarão os pais da opção para fazer o pedido e concordarão com qualquer pedido."

Não libere a informação do diretório da minha criança sem meu consentimento previamente escrito.

* Assinatura do pai: _____

* Assinatura do estudante: _____

Outras crianças nas Escolas Públicas de Holliston:

Nome: _____ Classe: _____ Nome: _____ Classe: _____
Nome: _____ Classe: _____ Nome: _____ Classe: _____

* Resposta Necessária

Se uma emergência ocorrer enquanto nós estivermos coletando e atualizando esta nova informação, nós usaremos a última informação disponível que nós temos no registro.

Informação de Saúde da Escola Holliston, Massachusetts

Nome _____ Série _____
Último Primeiro Meio

Data de Nasc. __/__/__ Lugar de Nasc. _____ Sexo: Feminino ____ Masculino ____

Endereço de Casa _____

Endereço de Email _____

Pai/Guardião _____ Telefone de Casa _____

Trabalho/Celular _____

Pai/Mãe _____ Telefone de Casa _____

Endereço _____ Trabalho/Celular _____

Se for diferente acima

A sua criança tem seguro de família para médicos/hospital? Sim ____ Não ____

Se for Sim, indique o nome da pessoa e plano _____

Número do cartão _____

Se você não tiver seguro de saúde, Massachusetts tem planos de seguro de saúde que ajuda crianças sem seguro a ter um cuidado bem razoável financeiramente (restrições podem ser aplicadas). Por favor entre em contato com a enfermeira da escola para ter mais informação sobre estes programas. Todas as comunicações serão confidenciais.

Nome do médico da criança _____ Telefone _____

Endereço _____

Nome do dentista/ortodontista _____ Telefone _____

Por favor cheque todos os que se aplicarem:

___ **Alergias** Liste todas as conhecidas & descreva a reação e como controlar a reação

___ Comida _____

___ Ambiente _____

___ Medicamento _____

___ Outro _____

___ **ADHD/ADD**

___ **Diabete Type I**

___ **Outras Condições Físicas**

___ **Artrite**

___ **Diabete Type II**

Explica: _____

___ **Asma**

___ **Doença Alimentar**

___ **Autismo**

___ **Deficiência de Aprendizagem**

___ **Outra Condição**

___ **Doença de Sangue**

___ **Enxaqueca**

Comportamental/Emocional

___ **Câncer**

___ **Doença Desenvolvimento Persistente**

Explica _____

___ **Condição Cardíaca**

___ **Doença de Seizure (Epilepsia)**

___ **Depressão**

___ **Visão (Explica)** _____

___ **Audição (Explica)** _____

___ **Fala/Linguagem (Explica)** _____

___ **Assento Preferencial (precisa de nota do Médico)**

___ **IHP (Plano Individual de Saúde)**

___ **IEP (Plano Individualizado de Educação)**

___ **Plano 504**

Continua no outro lado

Permissão para administrar medicamento (Tylenol, Ibuprofen, Tums)

SIM minha criança pode tomar Tylenol or Ibuprofen dado pela enfermeira da escola.

NÃO minha criança não pode tomar Tylenol or Ibuprofen dado pela enfermeira da escola.

SIM **NÃO** minha criança pode tomar anti-ácido (Tums) dado pela enfermeira da escola.

Medicamentos Tomados

Por favor liste todos os remédios (incluindo os que não tem prescrição) tomados regularmente.

Esta criança **NÃO** toma nenhum remédio diariamente.

Esta criança toma os seguintes remédios:

| | | | | | | | |
|-----------------|-------|------|-------|---------------|-------|-------|-------|
| Medicamento n°1 | _____ | Dose | _____ | Quantas vezes | _____ | Razão | _____ |
| Medicamento n°2 | _____ | Dose | _____ | Quantas vezes | _____ | Razão | _____ |
| Medicamento n°3 | _____ | Dose | _____ | Quantas vezes | _____ | Razão | _____ |

Limitações ou Restrições

Liste and explica quaisquer restrições:

Dieta Alimentar _____

Atividade _____

Outro _____

Por favor providencie qualquer informação adicional sobre o comportamento de sua criança como também a sua saúde física, emocional e mental que a enfermeira/guia e conselheiro deveriam saber.

Eu dou minha permissão para a enfermeira da escola comunicar qualquer informação à respeito da condição de saúde de minha criança com as pessoas apropriadas da escola quando for necessário para suprir as necessidades de saúde e segurança de minha criança. Eu dou permissão para troca de informação com o médico de minha criança com o propósito de obter recomendação, diagnóstico e tratamento.

Em caso de emergência ou clarificação de medicamento, a escola tentará entrar em contato com os pais/guardião antes de ligar para o médico do estudante. Seu estudante será transportado pela ambulância para um serviço de atendimento de emergência se necessário.

Assinatura do Pai/Guardião _____ **Data** _____

*Assinatura do pai/guardião é essencial para dar qualquer Tylenol/ Ibuprofen/ anti-ácido

Pesquisa de idioma doméstico

Os regulamentos do departamento de Educação Elementar e Secundária de Massachusetts exigem que *todas* as escolas determinem os idiomas falados no domicílio de cada aluno para identificar suas necessidades de idioma específicas. Essa informação é essencial para que as escolas ofereçam instrução significativa para todos os alunos. Se outro idioma que não seja inglês for falado em casa, o distrito precisará realizar uma avaliação mais detalhada do seu filho. Por gentileza, ajude-nos a atender esse requisito importante, respondendo às seguintes perguntas. Agradecemos a sua ajuda.

| Informações do aluno | | |
|---|---|---|
| Nome _____ | Nome do meio _____/_____/_____ | Sobrenome _____/_____/_____ |
| F <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | |
| Sexo | | |
| País de nascimento _____ | Data de nascimento (mm/dd/aaaa) ____/____/____ | Data do primeiro registro em QUALQUER escola norte americana (mm/dd/aaaa) ____/____/____ |
| Informações da escola | | |
| _____/_____/20 Data de início na nova escola (mm/dd/aaaa) | Nome da escola e cidade antiga _____ | _____ Grau escolar atual |
| Perguntas para os pais/tutores | | |
| Quais são os idiomas nativos de cada pai/tutor? (circule uma) _____ (mãe / pai / tutor) _____ (mãe / pai / tutor) | Quais idiomas são falados com seu filho? (inclua parentes - <i>avós, tios, tias, etc.</i> - e babás) _____ pouca frequência / algumas vezes / com frequência / sempre _____ pouca frequência / algumas vezes / com frequência / sempre | |
| Qual foi o primeiro idioma que seu filho compreendeu e falou? | Qual idioma você usa com mais frequência com seu filho? | |
| Quais são os outros idiomas que seu filho conhece? (circule todas as opções aplicáveis) _____ fala / lê / escreve _____ fala / lê / escreve | Quais são os idiomas que seu filho usa? (circule uma) _____ pouca frequência / algumas vezes / com frequência / sempre _____ pouca frequência / algumas vezes / com frequência / sempre | |
| Você deseja receber informações por escrito da escola em seu idioma nativo? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | Você deseja um intérprete/tradutor presente nas reuniões entre pais-professores? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| Assinatura dos pais/tutores: X | ____/____/20 Data de hoje: (mm/dd/aaaa) | |

Portuguese

Por favor inclua **ESCOLAS PÚBLICAS DE HOLLISTON**
uma cópia de sua *Escritório do Superintendente*
Carteira de Motorista **370 Hollis Street**
Holliston, Massachusetts 01746

HLLPS
CH 385
G

FORMULÁRIO DE PEDIDO DO CORI

As Escolas Públicas de Holliston são certificadas pelo Painel do Sistema Histórico Criminal para acessar toda informação de casos criminais incluindo convicção, não-convicção e pendente. Como um aplicante/empregado para a posição de _____, na escola _____, eu entendo que uma verificação de história criminal será somente conduzida para convicção, não-convicção e informação de caso criminal pendente e não irá necessariamente desqualificar-me.
A informação abaixo está correta de acordo com meu melhor conhecimento.

Assinatura do Aplicante/Empregado (Data)

INFORMAÇÃO DO APLICANTE/EMPREGADO (POR FAVOR IMPRIMA)

SOBRENOME PRIMEIRO NOME NOME DO MEIO

NOME DE FAMÍLIA OU APELIDO (SE FOR RELEVANTE) LUGAR DE NASC.

DATA DE NASC: _____ NÚMERO DO SEGURO SOCIAL _____ - _____ - _____
(Requerido mas não exigido)

Nº Pessoal de Identificação do Diretório de Roubo (se preciso) _____

NOME DE FAMÍLIA DA MÃE: _____

ENDEREÇO ATUAL: _____

ENDEREÇO ANTERIOR: _____

SEXO: _____ ALTURA: _____ PESO: _____ COR DOS OLHOS: _____

NÚMERO DA CARTEIRA DE MOTORISTA DO ESTADO: _____

***A INFORMAÇÃO ACIMA FOI VERIFICADA PELA SEGUINTE
IDENTIFICAÇÃO COM FOTO SUPRIDA PELO GOVERNO: _____

REQUERIDO POR: _____

ASSINATURA DO EMPREGADO AUTORIZADO DO CORI