



Lista de Verificação de Inscrição nas Escolas Públicas de Lincoln

DOCUMENTOS/INFORMAÇÃO NECESSÁRIA PARA INSCREVER UM NOVO ALUNO NAS ESCOLAS PÚBLICAS DE LINCOLN.

- _____ FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PREENCHIDO
- _____ CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO DOS PAIS (OU SEJA, CARTA DE CONDUÇÃO/PASSAPORTE)
- _____ CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO/PASSAPORTE DA CRIANÇA
- _____ COMPROVATIVO DE RESIDÊNCIA
- _____ DECLARAÇÃO AUTENTICADA EM CARTÓRIO DOS PAIS
- _____ DECLARAÇÃO AUTENTICADA DO PROPRIETÁRIO DA CASA (SE APLICÁVEL)
- _____ INQUÉRITO À LÍNGUA FALADA EM CASA (Certifique se escreveu TODAS as DATAS no inquérito)
- _____ OBTENÇÃO DE REGISTOS
- _____ FORMULÁRIO MÉDICO DO ESTADO DE RHODE ISLAND PREENCHIDO E ASSINADO POR UM MÉDICO COM AS IMUNIZAÇÕES ATUAIS
- _____ QUESTIONÁRIO MÉDICO
- _____ REGISTOS DOS ALUNOS/TRANSCRIÇÕES/BOLETIM DE NOTAS
- _____ DOCUMENTOS DE DECLARAÇÃO DE TUTELA LEGAL/CUIDADOR (SE APLICÁVEL)
- _____ ORDENS DE CUSTÓDIA LEGAL/FÍSICA/ACORDO DE SEPARAÇÃO (SE APLICÁVEL)
- _____ EDUCAÇÃO ESPECIAL: PLANO DE EDUCAÇÃO INDIVIDUAL/PLANO DE EXAMES 504 (SE APLICÁVEL)
- _____ ALUNOS INTERNACIONAIS (CÓPIA DO PASSAPORTE DA CRIANÇA E DOS PAIS E QUALQUER VISTO J, L, R, G)

COMPROVATIVO DE RESIDÊNCIA

* Os documentos devem incluir o nome e o endereço dos

pais/encarregado de educação

* Fornecer um (1) documento da **Coluna A** e dois (2)

documentos da **Coluna B**

* **Declaração(ões) autenticada(s) exigida(s)**

Coluna A – (1)	Coluna B – (2)
<input type="checkbox"/> Hipoteca mais Recente Pagamento ou Cópia da Escritura de Hipoteca	<p style="text-align: center;"><i>~Últimos 30 dias e Endereço Atual~</i></p> <input type="checkbox"/> Declaração da Conta de Serviços Públicos <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gás/Óleo <input type="checkbox"/> Eletricidade <input type="checkbox"/> Cabo <input type="checkbox"/> Água <input type="checkbox"/> Fatura/Apólice de Seguro <input type="checkbox"/> Registo de Viatura Atual <input type="checkbox"/> Fatura do Imposto de Casa (do ano passado)
<input type="checkbox"/> Cópia do Contrato de Arrendamento	Fatura do Imposto de Veículos (do ano passado) Fatura do Imposto de Bombeiros (do ano passado) <input type="checkbox"/> Extrato Bancário (últimos 30 dias) <input type="checkbox"/> Cópia da folha de Pagamento (últimos 30 dias) <input type="checkbox"/> Comprovativo de SNAP/SSI (últimos 30 dias) <input type="checkbox"/> W-2/Declaração de Impostos (do ano passado) <input type="checkbox"/> Cartão de Eleitor de Lincoln <input type="checkbox"/> Empréstimo Estudantil <input type="checkbox"/> Extrato do Cartão de Crédito
<input type="checkbox"/> Acordo de Habitação Subsidiada- Secção 8	

Data de Registo: _____

Data para começar: _____

Registro do Distrito de Escolas Públicas da Vila de Lincoln

*** Por favor, escrever em letra
maiúscula e legível ***

Nome Legal do Aluno: Sufixo:
(Sobrenome) (Nome próprio) (Nome do meio) (Jr, III, etc.)

Género: Masculino Feminino Apelido do Aluno: Ano/Grau a Começar:

Data de Nascimento: Local de Nascimento:

Endereço atual do aluno:

O Aluno tem um IEP ou Plano 504? IEP 504Plan

O aluno estuda atualmente o Inglês como segunda língua? _____

Raça/Etnia (Por favor, responda a todos):

As novas normas federais exigem que os distritos escolares obtenham e divulgam a informação sobre raça e etnia.

1. O seu filho é hispânico ou latino? Sim Não

2. Qual é a raça do seu filho? Alasca / Nativo Americano Asiático Ilhas do Pacífico
 Negro Branco

3. Se o seu filho for do Sudeste Asiático, marque o país de origem ou grupo étnico:
 Brunei Birmânia (Mianmar) Camboja Filipinas Hmong Indonésia
 Laos Malásia Tailândia Timor-Leste Singapura Vietname

Informação dos Pais/Encarregados de Educação:

Informação de Contato da Família 1	Pai/Encarregado de Educação 1		Pai/Encarregado de Educação 2	
Nome				
Grau de Parentesco				
Endereço				
Telefone Principal				
Telefone Secundário				
Endereço de E-mail				
Permitido Buscar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Informações de contato da Família 2	Pai/Encarregado de Educação 1		Pai/Encarregado de Educação 2	
Nome				
Grau de Parentesco				
Endereço				
Telefone Principal				
Telefone Secundário				
Endereço de E-mail				

▶ Permitido Buscar

Sim

Não

Sim

Não

Informação do Agregado Familiar:

Com quem reside o ALUNO? Ambos os pais Mãe* Pai*
(*em caso de divórcio, apresentar documentação legal do acordo de guarda)

Quem é o encarregado de educação legal da criança **?

(**Por favor, fornecer documentação legal se o encarregado de educação legal for outra pessoa que não a/o mãe/pai)

Listar todas as pessoas que vivem no endereço do aluno (exceto o(s) pai(s):

Nome	Parentesco com o ALUNO	Data de Nascimento

O seu filho frequentou o ensino pré-escolar? Sim Não Em caso afirmativo, nome da pré-escola:

O seu filho já frequentou as Escolas Públicas de Lincoln? Sim Não
Em caso afirmativo, em que escola: _____ Quando: _____

Transferiu da escola de: _____
Endereço da escola anterior: _____ Telefone: _____

Informação de Contato de Emergência:

Liste dois outros contatos que assumirão os cuidados temporários do seu filho se não conseguirmos entrar em contacto consigo.

Nome	_____	Parentesco	_____
Telefone Principal	_____	Telefone Secundário	_____
Nome	_____	Parentesco	_____
Telefone Principal	_____	Telefone Secundário	_____

As informações de emergência devem manter-se atualizadas. Por favor, notifique a escola de quaisquer alteração

* Os documentos devem incluir o nome e o endereço dos pais/encarregados de educação

*Forneça um (1) documento da Coluna A e dois (2) documentos da Coluna B

Coluna A – (1)	Coluna B – (2) ~ Últimos 30 dias & Endereço Atual ~
<input type="checkbox"/> Hipoteca mais recente pagamento ou cópia da Hipoteca Escritura	<input type="checkbox"/> Declaração da Conta de Serviços Públicos <input type="checkbox"/> Extrato Bancário (últimos 30 dias)
<input type="checkbox"/> Cópia do Contrato de Arrendamento	<input type="checkbox"/> Gás/Óleo <input type="checkbox"/> Eletricidade <input type="checkbox"/> Cabo <input type="checkbox"/> Água <input type="checkbox"/> Conta de Seguro / Apólice <input type="checkbox"/> Folha de Pagamento (últimos 30 dias)
<input type="checkbox"/> Acordo de Habitação Subsidiada "Secção 8"	<input type="checkbox"/> Registo Atual do Veículo <input type="checkbox"/> Prova de SNAP/SSI (últimos 30 dias) <input type="checkbox"/> Fatura do Imposto Predial (do ano passado) <input type="checkbox"/> W-2 /Declaração de Impostos (do ano passado) <input type="checkbox"/> Fatura do Imposto de Veículos (do ano passado) <input type="checkbox"/> Registo de Eleitor de Lincoln <input type="checkbox"/> Fatura do Imposto de Bombeiros (do ano passado) <input type="checkbox"/> Extrato de Empréstimo Estudantil <input type="checkbox"/> Extrato do Cartão de Crédito

Compreendo que a informação de residência contidas neste pacote de registo estão sujeitas a verificação por um oficial escolar.

Assinatura da pessoa que fornece esta informação: _____

Imprimir o nome dos pais: _____

Parentesco com o aluno: _____

Data: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A GUARDA CONJUNTA LEGAL DOS PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

Os pais/encarregados de educação que partilham a guarda conjunta legal têm o direito de consultar os funcionários da escola sobre o bem-estar e o estado educativo da(s) criança(s), bem como de inspecionar e receber os registos dos alunos. Se tiver que recusar o acesso a um pai/encarregado de educação, então precisará preencher o formulário PAI COM GUARDA RESTRITIVA OU NEGAR PERÍODOS DE PERMANÊNCIA FÍSICA abaixo.

Por favor, preencha apenas se aplicável

Pais/Encarregados de educação: por favor, forneça à escola cópias das decisões judiciais relacionadas com a guarda restritiva para implementar o seu cumprimento.

Nome do progenitor com guarda restrita:

Endereço:

Cidade:

Estado:

Código Postal:

Telemóvel:

Telefone Residencial:

Local de trabalho:

Telefone de Trabalho:

Existe uma ordem judicial que restringe acesso ao ALUNO ou ao seu registo datado e arquivado no seguinte tribunal:

O tribunal determinou que este progenitor tem:

- Custódia Restritiva
- Períodos de Permanência Física Negada

Informações adicionais sobre a custódia:

Tanto quanto sei, as informações fornecidas estão completas e corretas.

Assinatura dos Pais/Encarregados de Educação: _____

Data: _____

RESIDÊNCIA

A residência é obrigatória para todas as inscrições

SE É PROPRIETÁRIO DA SUA RESIDÊNCIA

Você deve preencher a Declaração de Residência dos Pais e tê-la reconhecida em cartório. Também deve fornecer uma declaração da sua hipoteca E dois comprovativos de residência (consulte a lista de verificação do pacote de registro).

SE ARRENDAR A SUA RESIDÊNCIA

Você deve preencher a Declaração de Residência dos Pais e tê-la reconhecida em cartório.

O seu senhorio (proprietário do imóvel) deve preencher a Declaração de Residência do Senhorio e tê-la reconhecida em cartório. Também deve fornecer um contrato de arrendamento de casa ou carta autenticada do seu proprietário (proprietário do imóvel) com o nome dos pais, nome do aluno, data de nascimento e endereço informando que você mora lá E dois comprovativos de residência (consulte a lista de verificação do pacote de registro).

SE VIVE COM UM FAMILIAR/OUTRO

Você deve preencher a Declaração de Residência dos Pais e tê-la reconhecida em cartório.

O proprietário deve preencher a Declaração de Residência do Proprietário e tê-la reconhecida em cartório. O proprietário deve fornecer a sua declaração de hipoteca E dois comprovativos de residência (consulte a lista de verificação do pacote de registro).

O PROPRIETÁRIO DEVE FORNECER UMA DECLARAÇÃO DE HIPOTECA E DOIS COMPROVATIVOS DE RESIDÊNCIA.

VER DECLARAÇÕES SOB JURAMENTO NESTE PACOTE

Escolas Públicas Lincoln
135 Old River Road, PO Box 367
Lincoln, RI 02865

Nome do Aluno: _____

Declaração de Residência dos Pais/Encarregados de Educação

Imprimir o nome dos pais/encarregado de educação

Compareceu diante de mim no dia ____ de ____, 20__ e depois

de primeiro ter sido colocado sob juramento, depôs, jurou e afirmou os seguintes fatos:

1. Sou o progenitor ou pai adotivo/tutor de _____ a quem tenho guarda física e tutela.
2. Resido atualmente em _____, que está localizado na vila de Lincoln, Rhode Island.
3. _____ na verdade, reside e mora comigo no referido endereço.
4. Tenho conhecimento que um oficial ou pessoa designada pelo Departamento Escolar pode visitar-me para verificar tal residência.
5. Reconheço que esta declaração feita sob juramento vai ser apresentada ao Departamento Escolar de Lincoln com o objetivo de determinar se _____ é elegível para frequentar a escola no Sistema Escolar de Lincoln.
6. Em apoio da presente declaração sob juramento, anexei alguns comprovativos que são verdadeiras, precisas e corretas.
7. Todas as informações aqui contidas são verdadeiras e corretas.

Assinatura dos pais/encarregados de educação

Estado de Rhode Island
Condado de Providence

JURAMENTO FEITO PELO NOTÁRIO

Em _____, neste ____ dia de _____, 20____, na minha presença
(Vila ou Localidade)
compareceu pessoalmente _____ e depois de ler a Declaração acima e
(Nome do Pai/Encarregado de Educação)
de ter sido colocado sob juramento, jurou a veracidade e a exatidão do referido depoimento.

Assinatura do Notário Público

Comissão Notarial Expira

AVISO: Se fornecer informações falsas sob juramento, o seu caso será enviado para ser processado por perjúrio. Uma pessoa que seja considerada culpada de perjúrio pode receber até vinte anos de prisão.
Se fornecer informações falsas, o distrito escolar iniciará uma ação legal apropriada para coletar o valor dos serviços educacionais que o aluno recebeu. Esses esforços de cobrança incluirão penhora e cobrança de imóveis, salários e bens pessoais.

Escolas Públicas Lincoln
135 Old River Road, PO Box 367
Lincoln, RI 02865

Declaração de Residência feito pelo Senhorio/Arrendamento Partilhado/Proprietário

O meu nome é _____ e deponho e certifico o seguinte:
(Senhorio/Proprietário/Sociedade Gestora de Residência)

Por favor, preencha os três itens e assine em abaixo:

1. Sou proprietário/senhorio/sociedade gestora de imóveis situado em _____
(Endereço onde os pais moram)
2. _____, que é o progenitor ou encarregado de educação legal de _____,
(Pais/Encarregado de Educação ou Aluno maior de 18 anos) (Nome do Aluno)
Arrenda o imóvel como residência principal de mim, em arrendamento sem contrato, mês a mês.
- 3 Declaro que a pessoa acima mencionada reside comigo e/ou no endereço acima.

Assinado sob pena de perjúrio neste _____ **dia de** _____ **, 20** _____.

Assinatura do senhorio/proprietário/sociedade gestora: _____

Imprimir Nome: _____

Imprimir Endereço: _____

Número de Telefone: _____

Como requerente que apresenta esta Declaração de Residência/Senhorio, juro, sob pena de perjúrio, que as informações acima indicadas são corretas e entendo que as informações contidas nesta declaração legal estão sujeitas a verificação por um investigador de residência.

Estado de Rhode Island
Condado de Providence

JURAMENTO FEITO PELO NOTÁRIO

Em _____, neste _____ dia de _____, 20_____, na minha presença
(Vila ou Localidade)
compareceu pessoalmente _____ e depois de ler a Declaração acima e
(Nome do Proprietário)
de ter sido colocado sob juramento, jurou a veracidade e a exatidão do referido depoimento.

Assinatura do Notário Público

Comissão Notarial Expira

AVISO: Se fornecer informações falsas sob juramento, o seu caso será enviado para ser processado por perjúrio. Uma pessoa que seja considerada culpada de perjúrio pode receber até vinte anos de prisão.
Se fornecer informações falsas, o distrito escolar iniciará uma ação legal apropriada para coletar o valor dos serviços educacionais que o aluno recebeu. Esses esforços de cobrança incluirão penhora e cobrança de imóveis, salários e bens pessoais.



Angélica Infante-
Green Commissioner

Inquérito à Língua Falada em Casa (HLS) (ILFC)

A preencher pelos Pais ou Encarregado de Educação

Caros Pais ou Encarregado de Educação,

As informações solicitadas neste formulário são necessárias para a colocação escolar mais adequada do seu filho/a e não serão usadas para quaisquer outros motivos¹. Obrigado pela sua colaboração.

Nome do Aluno:		
<input type="text"/>		
Nome próprio	Nome do meio	Sobrenome
Data de Nascimento:		Local de Nascimento²:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Mês	Dia	Ano
Parentesco dos Pais ou Encarregado de Educação com o aluno:		
<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Outro _____		

Código da Língua Falada em Casa:

Contexto Linguístico

(Por favor, marque tudo o que se aplica)

1. Qual é a língua principal falada em casa, independentemente da língua falada pelo aluno?	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Especificar			
2. Qual é a língua mais falada pelo aluno?	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Especificar			
3. Qual é a língua que o aluno aprendeu primeiro?	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Especificar			
4. Que língua(s) o(s) seu(s) filho(s) entende?	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Especificar			
5. Que língua(s) fala o seu filho?	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não fala
	Especificar			
6. Que língua(s) o seu filho lê?	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não lê
	Especificar			
7. Que língua(s) o seu filho escreve?	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não escreve
	Especificar			

¹ Exigido pela Lei de Rhode Island (R.I.G.L. § 16-54-2) e a Lei da Igualdade de Oportunidades Educativas (20 U.S.C. §1703(f))

² As famílias não são obrigadas a fornecer o local de nascimento, mas fornecer a informação pode ajudar as autoridades competentes a prepararem-se melhor para serem culturalmente receptivos. Última atualização: 30/4/2020

Entrevista à Família – Historial Educacional

1. **Pensa que o seu filho possa ter dificuldades ou condições que afetam a sua capacidade de compreender, falar, ler ou escrever em inglês ou em qualquer outra língua? Em caso afirmativo, descreva-os.**

Sim* Não Não tenho a Certeza

* Em caso afirmativo, queira explicar: _____

Qual é a gravidade destas dificuldades? Pequena Um pouco grave Muito grave

2a. **No passado, o seu filho foi encaminhado para fazer uma avaliação de educação especial?** Não Sim*

* Se foi encaminhado para fazer uma avaliação, o seu filho foi identificado? Não Sim*

* No passado se foi encaminhado para fazer uma avaliação e identificado, o seu filho recebeu algum serviço de educação especial? Não Sim – Tipo de serviços recebidos: _____

2b. **Que idade tinha quando recebeu os serviços?** (Por favor, marque todos que se aplicam):

Nascimento até 3 anos (Intervenção Precoce) 3 até 5 anos

(Educação Especial)

6 anos ou mais (Educação Especial)

2c. **O seu filho tem um Programa de Educação Individualizada (IEP) ou um Plano 504?** Não Sim

3. **Em que língua prefere receber**

comunicação oral da escola ou do distrito?

Inglês Outro

Especificar

4. **Em que língua prefere receber comunicação escrita da escola ou do Distrito?**

Inglês Outro

Especificar

5. **Indique a data da primeira matrícula EM qualquer escola nos EUA** _____

(mês/dia/ano)

Há mais alguma coisa que considere importante para a escola saber sobre o seu filho? (por exemplo, talentos especiais, problemas de saúde, etc.)

Mês: _____

Dia: _____

Ano: _____

Assinatura dos Pais ou Encarregado de Educação

Data

Imprimir Nome dos Pais/Encarregado de Educação

APENAS INSCRIÇÃO OFICIAL - NOME/FUNÇÃO DO PESSOAL QUE ADMINISTRA O HLS

Nome: _____

Função: _____

SE FOR FORNECIDO UM INTÉRPRETE, INDIQUE O NOME, A FUNÇÃO E AS CREDENCIAIS: _____

NOME/FUNÇÃO DO PESSOAL QUALIFICADO QUE ANALISA O HLS E CONDUZ A ENTREVISTA INDIVIDUAL

Nome: _____

Função: _____

SE UM INTÉRPRETE FOR FORNECIDO, INDIQUE NOME, FUNÇÃO E CREDENCIAIS: _____

Entrevista Oral Necessária: SIM NÃO

Data da Entrevista Individual: _____

Mês Dia Ano

NOME/FUNÇÃO DO PESSOAL QUALIFICADO QUE ADMINISTRA A AVALIAÇÃO DO RASTREIO LINGUÍSTICO

Nome: _____

Função: _____

SE FOR FORNECIDO UM INTÉRPRETE, INDIQUE O NOME, A FUNÇÃO E AS CREDENCIAIS: _____

NOME/FUNÇÃO DO PESSOAL QUALIFICADO QUE REPORTA AS NOTAS DO RASTREIO LINGUÍSTICO

Nome: _____

Função: _____

Data do Rastreio: _____

Mês Dia Ano

Nome da Avaliação de Rastreio da Língua: _____

Nota Alcançada: _____

Nível de Proficiência Alcançado: À Entrada 1 / Início 2 / Desenvolvimento 3 / Expansão 4 / Ponte 5 / Alcance 6

PARA ALUNOS COM UM IEP OU UM PLANO 504, LISTE ACOMODAÇÕES, QUAISQUER, ADMINISTRADA:

Telefone (401)222-4600 Fax (401)222-6178 TTY (800)745-5555 Vox (800)745-6575 Sítio Web: www.ride.ri.gov

O Conselho de Educação de RI não discrimina com base na idade, sexo, orientação sexual, identidade/expressão de gênero, raça, cor, religião, origem nacional ou deficiência.

Escolas Públicas de Lincoln Permissão Para Obter Registros

Por favor, forneça os seguintes registros do aluno às Escolas Públicas de Lincoln:

Nome do Aluno: Data de Nascimento:

Nome dos Pais:

Endereço do ALUNO: Telefone #:

O ALUNO transferiu-se de que distrito escolar:

Nome da Escola:

Endereço da Escola:

Ano: Nº do Telefone da Escola: Nº do FAX da Escola:

- Todos os seguintes ou avaliações específicas
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comunicação Recíproca | <input type="checkbox"/> Avaliação Neurológica |
| <input type="checkbox"/> Avaliação Psicológica Clínica | <input type="checkbox"/> Relatório da Equipa |
| <input type="checkbox"/> Avaliação Educacional | <input type="checkbox"/> Historial Médico do/a Pediatra |
| <input type="checkbox"/> Observação na Sala de Aula | <input type="checkbox"/> Avaliação Psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Exames/Rastreo de Audição e Visão | <input type="checkbox"/> Avaliação Psicológica |
| <input type="checkbox"/> IEP | <input type="checkbox"/> Cartão de Relatório/Transcrição |
| <input type="checkbox"/> Registo de Imunização | <input type="checkbox"/> Historial Social |
| <input type="checkbox"/> Teste de Proficiência Linguística | <input type="checkbox"/> Avaliações Terapêuticas. OT__ PT__ S/L |
| <input type="checkbox"/> Documentação LD | <input type="checkbox"/> APE__ |
| <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Questionário do Professor |

Motivo do Pedido: Transferência do Aluno para as Escolas Públicas de Lincoln, Lincoln, RI

As informações divulgadas com esta autorização não serão dadas, transferidas ou de qualquer forma transmitidas à qualquer outra pessoa não especificada acima sem autorização adicional. Esta autorização expira e pode ser retirado a qualquer momento.

Assinatura: _____ Data:
(Circule um: pais/encarregado de educação/porta-voz educacional)

Circule a escola para o qual gostaria que os registos fossem enviados:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| Central Elem. School
1081 Great Road
Lincoln, RI 02865
Fax: 401-334-4294
Tel: 401-334-2800 | Lonsdale Elem. School
270 River Road
Lincoln, RI 02865
Fax: 401-722-0920
Tel: 401-725-4200 | Northern Elem. School
315 New River Road
Manville, RI 02838
Fax: 401-765-0530
Tel: 401-769-0261 | Saylesville Elem. School
50 Woodland Street
Lincoln, RI 02865
Fax: 401-722-1090
Tel: 401-723-5240 |
|--|--|---|---|

Lançamento de Educação Especial:
Lincoln Public Schools
Administrative Offices
Attn: Student Services
PO Box 367
135 Old River Road
Lincoln, RI 02865
FAX: 401-726-1813

- | | |
|---|--|
| Lincoln Middle School
Attn: Guidance Office
152 Jenckes Hill Road
Lincoln, RI 02865
FAX: 401-721-3429 | Lincoln High School
Attn: Guidance Office
135 Old River Road
Lincoln, RI 02865
FAX: 401-334-8753 |
|---|--|

Nome do Aluno:

Data de Nascimento:

Ano:

SECÇÃO MÉDICA DO ALUNO

Nome do Médico

Número de Telefone

SE RESPONDER AFIRMATIVAMENTE A QUALQUER PERGUNTA, QUEIRA EXPLICAR

1. O seu filho alguma vez foi operado ou teve uma doença grave? Sim Não

Em caso afirmativo,
queira explicar:

2. O seu filho teve algum acidente grave? Sim Não

Em caso afirmativo,
queira explicar:

O seu filho usa óculos, contactos, aparelhos dentários, aparelhos auditivos ou
3. qualquer outro dispositivo corretivo? Sim Não

Em caso afirmativo,
queira explicar:

O seu filho já teve qualquer das seguintes doenças (Indique o mês, ano e/ou
4. idade, se conhecido):

Varicela/Catapora	Sim Não	Problema Cardíaco	Sim Não
Pneumonia	Sim Não	Diabetes	Sim Não
Hemorragias Nasais	Sim Não	Convulsões	Sim Não
Dores de Garganta	Sim Não	Febres Altas	Sim Não
Frequentes	Sim Não	Enxaquecas	Sim Não
Infeções do Ouvido	Sim Não	Outros (Queira especificar)	Sim Não
Problema Ocular	Sim Não		

5. O seu filho foi rastreado por um terapeuta da fala? Sim Não

Em caso afirmativo, em que?

6. O seu filho já fez uma avaliação neurológica? Sim Não

Em caso afirmativo, em que?

7. O seu filho já fez uma avaliação psicológica?

Sim Não

Em caso afirmativo, em que?

8. O seu filho está impedido de praticar atividades físicas?

Sim Não

Em caso afirmativo, queira explicar:

9. O seu filho é alérgico a: medicamentos/fármacos? Sim Não
Em caso afirmativo, queira explicar:
- O seu filho é alérgico a: plantas/alimentos? Sim Não
Em caso afirmativo, queira explicar:
- O seu filho é alérgico a: picadas de insetos? Sim Não
Em caso afirmativo, queira explicar:
10. Se respondeu sim à pergunta número 9, o seu filho toma medicação para esta alergia? Sim Não
Em caso afirmativo, queira explicar (por exemplo: Benadryl, Epi-Pen, etc.):
11. O seu filho tem asma? Sim Não
Em caso afirmativo, qual foi a data diagnosticada?
Em caso afirmativo, que medicamento(s) toma?
12. O seu filho toma algum medicamento diário? Sim Não
Em caso afirmativo, queira explicar:
13. A medicação será administrada na escola? Sim Não
Em caso afirmativo, queira explicar:
- Que medicamentos são administrados com
14. frequência, mas não diariamente?
15. Gostaria de ter uma conferência com a enfermeira escolar? Sim Não

Nome dos Pais (Por favor imprimir):

ASSINATURA DOS PAIS:

DATA:



FORMULÁRIO DE DADOS DO ALUNO TRANSPORTE DE AUTOCARRO/ÔNIBUS

As informações solicitadas abaixo serão usadas para atualizar e/ou atribuir aos alunos no sistema de circulação informatizado do Versa-Trans. Este sistema permite-nos fornecer-lhe informações atempadas e precisas. Por favor, preencha este formulário se o transporte de autocarro/ônibus for solicitado.

(Secretária da escola: por favor, envie este formulário imediatamente após o seu preenchimento à Companhia "First Student")

DATA:

POR FAVOR, CIRCULE UM: NOVO ALUNO MUDANÇA RETIRAR

CARTÃO DE IDENTIDADE DO ALUNO:

SOBRENOME:

PRIMEIRO NOME:

ENDEREÇO:

PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO:

Nº DE TELEFONE: Nº SUPLENTE:

ESCOLA: ANO/
GRAU:

Para uso apenas de "First Student Bus Co"

IR DE
AUTOCARRO/
ÔNIBUS: _____ PARAR: _____ HORA: _____
REGRESSAR
DE
AUTOCARRO/
ÔNIBUS: _____ PARAR: _____ HORA: _____

Formulário de Alergia Alimentar

chartwells
serving up happy & healthy

Lincoln Public Schools

Serviço de Alimentação Chartwells

Caros Pais,

Para manter todos os alunos com alergias o máximo possível seguros enquanto estiverem na escola, o Departamento Escolar de Lincoln participará no programa "Chartwell" de Alergia Alimentar como parte do protocolo do USDA. (leia mais abaixo)

O Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA) determina que os programas de alimentação escolar devem acomodar todos os alunos com deficiência, o que inclui alergias alimentares e condições médicas. Para manter os nossos alunos seguros, a Chartwells segue um protocolo abrangente de alergias alimentares e condições médicas. A fim de seguir a orientação do USDA e acomodar todos os alunos no programa de refeições, precisamos de informação dos alunos com alergias alimentares comprovadas e condições médicas para garantir que estamos a fornecer uma refeição segura e nutritiva.

Qualquer aluno com uma alergia comprovada, o seu nome e informação alérgica serão dadas à Chartwells; Esta informação será adicionada anualmente ao seu sistema informático. Quando a seu filho passa o cartão ou introduz o seu número de identificação, um alerta de alergia aparece no computador. Este é um passo extra para prevenir uma reação alérgica grave de risco de vida na escola. **Se o seu filho não tem alergia, por favor ignore este aviso. Nenhuma outra ação é necessária.**

Se tiver alguma dúvida, entre em contato com Mariah Perez, Diretora dos Serviços de Refeições pelo número 401-334-7532. Por Correio: Lincoln Public Schools, ATTN Chartwells K12, 135 Old River Rd. Lincoln RI 02865

Por Email: mariah.perez@compass-usa.com

Nome do seu filho: _____ Escola: _____ Ano/Grau: _____

Marque uma das caixas abaixo:

Sim. Por favor, inclua a informação sobre a alergia alimentar do meu filho no Programa de Proteção contra Alergias de Chartwells.

Sim. O meu filho tem uma Intolerância ao Glúten/Doença Celíaca. **Por favor, envie anualmente uma nota médica assinada para esta alergia.**

Alergia Alimentar: _____

Tratamento: _____

Assinatura dos Pais/Encarregado de Educação: _____

Por favor imprimir o Nome dos Pais/Encarregado de Educação: _____

Se você NÃO quiser o seu filho neste programa de alergias, por favor, assine e date este formulário e devolva-o ao diretor da escola do seu filho.

Assinatura dos Pais/Encarregado de Educação: _____ Data: _____

Por favor imprimir o Nome dos Pais/Encarregado de Educação: _____

Por favor, devolva este formulário o mais cedo possível. Obrigado!

LICEU DE LINCOLN - HIGH SCHOOL

Gabinete da Enfermeira
Telefone (401)334-7500 ext. 1131 Fax (401)334-8753

Requisitos de Exame Físico para os Alunos que Iniciam Escola no Liceu de Lincoln - High School

De acordo com as Regras e Regulamentos do Departamento de Saúde de Rhode Island é necessário ter os seguintes:

Todo o aluno que não tenha sido matriculado anteriormente numa escola pública ou não pública deste estado deverá ter um historial médico e um exame físico concluídos. Este exame será realizado nos doze (12) meses anteriores à data do início escolar, mas, caso contrário, deverá ser concluído no prazo de seis (6) meses após o início escolar.

Um segundo exame geral de saúde e habilitação sanitária serão exigidos no começo do sétimo (7º) ano. Este exame geral de saúde pode ser realizado durante o sexto (6º) ano, mas o mais tardar seis (6) meses após o começo do sétimo (7º) ano.

A partir de 1 de agosto de 2015, foi exigido um terceiro exame geral de saúde e habilitação sanitária aquando do começo do décimo segundo (12.º) ano. Este exame geral de saúde será realizado após o aluno completar dezesseis (16) anos de idade, e o mais tardar seis (6) meses após o aluno ingressar no décimo segundo (12º) ano.

Os referidos exames gerais de saúde devem ser um historial e um exame físico completos, adequados à idade, que avaliem a saúde e o bem-estar da criança e avaliem quaisquer problemas ao seu sucesso escolar e atividades relacionadas com a escola.

Estes exames gerais de saúde devem ser realizados pelo médico de família do aluno, por um médico assistente sob a supervisão de um médico chefe ou por um enfermeiro registado e certificado. Se não existirem provas da realização do exame geral de saúde adequado, o sistema escolar tomará as medidas necessárias para o mesmo até ao final do ano letivo em que é exigido.

Cada sistema escolar pode exigir exames de saúde adicionais, a fim de garantir a saúde mental e física de cada criança para participar de atividades presenciais, desportivas ou especiais patrocinadas ou conduzidas pela escola.

Alunos-Atletas

A política do Departamento Escolar de Lincoln exige que os alunos-atletas façam um exame físico antes da participação na competição atlética. Este exame é válido por um (1) ano e deve ser realizado pelo pediatra do aluno-atleta.

Por favor, peça ao seu pediatra que preencha o formulário físico e devolva a cópia original ao enfermeiro/professor da escola.

Requisitos de Imunização/Vacina para todas as Crianças que Iniciam o Ensino Secundário

De acordo com as Regras e Regulamentos do Departamento de Saúde de Rhode Island relativos a Imunização/Vacina e Testes de Doenças Transmissíveis (R23-1-IMM), todas as crianças que entram no 9º ano/grau são obrigados a ter as seguintes imunizações:

- Dose de reforço da vacina dTpa (tétano, difteria, tosse convulsa), se tiverem passado 5 anos ou mais desde a última dose da vacina contendo difteria-tétano
- Quatro (4) doses da vacina contra a poliomielite
- Duas (2) doses da vacina tríplice viral (sarampo, papeira/caxumba, rubéola)
- Três (3) doses da vacina contra a hepatite B
- Duas (2) doses da vacina contra a varicela recebidas ou uma declaração assinada pelo pediatra do seu filho declarando que o seu filho tem antecedentes de varicela
- Uma (1) dose da vacina meningocócica conjugada (Meningite-MCV4)
- **** Todos os alunos que entram no 12º ano terão de receber uma dose de reforço da vacina MENINGOCÓCICA (MCV4) administrada a partir dos 16 anos
- **** Vacina contra o HPV -

A partir de 1º de agosto de 2017, todos os alunos que ingressarem no nono (9º) ano/grau deverão ter completado a série vacinal contra o HPV (3 doses).

*** Os adolescentes de 14 anos ao começarem o 9º ano que já tenham recebido duas doses da vacina contra o HPV com pelo menos 6 meses de intervalo, de acordo com a recomendação, não serão obrigados a tomar uma terceira dose

*** Os adolescentes de 14 anos ao começarem o 9º ano que já receberam duas doses da vacina contra o HPV administradas com menos de 5 meses de intervalo, serão obrigados a tomar uma terceira dose

*** Os adolescentes de 15 anos ao começarem o 9º ano deverão tomar três (3) doses

Todas as crianças que começarem o 7º e 12º ano são obrigadas a fazer um exame físico. Esta é a oportunidade perfeita para rever as imunizações/vacinas do seu filho com o pediatra para garantir que o seu filho está protegido de todas as doenças evitáveis por vacinação.

Este exame geral de saúde será realizado após o aluno completar dezesseis (16) anos de idade, e o mais tardar seis (6) meses após começarem o décimo segundo (12º) ano.