



Hudson Public Schools

155 Apsley Street

Hudson, MA 01749

Tel: 978-567-6100 Fax: 978-567-6103

<http://www.hudson.k12.ma.us>

Caros Pais/Encarregados:

Em anexo está os formulários de matrícula do Jardim de Infância (kindergarten).

- Por favor, preencha os formulários e tenha os documentos necessários, citados na lista abaixo.
- Devolva os formulários de matrícula preenchido e a documentação necessária pelo correio até 29 de março de 2019 para

Hudson Public Schools
155 Apsley Street
Hudson, MA 01749
Attention: Kindergarten Registration

OU

Marque uma data para entregar os formulários de matrícula preenchido com documentação necessária, visitando o website:

http://www.ptcfast.com/schools/Hudson_Public_Schools

Este horário levará cerca de 10 minutos.

Datas e Horários

25, 27 de Fevereiro e 1º de Março

9:00 am – 12:00 pm

5 e 7 de Março

9:00 am – 12:00 pm

11, 13 e 15 de Março

12:30 pm – 3:30 pm

19 e 21 de Março

12:30 pm – 3:30 pm

Lista de documentos

- Formulários de matrícula do aluno da HPS
- Certidão de nascimento ou passaporte do aluno
- 2 documentos para verificação de residência
(consultar o formulário de residência para mais detalhes)
- Identificação dos pais

Documentação Médica Necessária **

- Exame físico: Cópia do mais recente exame da criança de 2018-2019
- Exame de vista: Distância e Estereopsia
- Chumbo: Documentação e Resultados
- Registro de imunização: Deve ser atualizado mostrando:
 - DTaP/DTP 5 doses
 - Pólio 4 doses
 - Hepatite B 3 doses
 - MMR 2 doses
 - Varicela 2 doses

***** É possível que seu filho não possa receber algumas vacinas até ou após o seu 5º aniversário; no entanto, envie o que tiver até a data.***

Por favor, não hesite em contactar com perguntas.

Tiago X. Duarte
Registrador do Distrito PK-Série 12
Escolas Públicas de Hudson
155 Apsley Street
Hudson, MA 01749
(978) 567-6100 ext. 153
txduarte@hudson.k12.ma.us

Revised 12/2018 Portuguese

Hudson Public Schools

155 Apsley Street
Hudson, Massachusetts 01749



Office of Superintendent of Schools

Tel: 978-567-6100
Fax: 978-567-6103
www.hudson.k12.ma.us

Prezado Pais ou Responsável;

Por favor preencha os formulários de matrícula das Escolas Públicas de Hudson e tenha toda documentação disponível. Quando os formulários estiverem preenchidos juntamente com a documentação necessária, ligue para 978-618-2766 ou mande um email para txduarte@hudson.k12.ma.us para saber aonde retornar os formulários ou tirar dúvidas. Esperamos em dar bem-vindos a sua família às Escolas Públicas de Hudson.

Tiago Duarte
Registrador do Distrito
Hudson Public Schools
155 Apsley St.
Hudson, MA 01749

Hudson Public Schools

155 Apsley Street
Hudson, Massachusetts 01749



Office of Superintendent of Schools

Tel: 978-567-6100

Fax: 978-567-6103

www.hudson.k12.ma.us

Lista de Verificação para Matrícula

Para o seu filho(a) estudar nas Escolas Públicas de Hudson, as seguintes informações são requeridas:

- Formulário de matrícula do aluno
- Informação de residência
 - Declaração de residência dos pais
- Formulário anual de transporte escolar
- Formulário de transferência de arquivos confidenciais escolares (somente para alunos em transferência)
- Formulário de informação confidencial de saúde
- Formulário de restrição a fotos (preenchimento opcional)
- Pesquisa de idioma em casa
- Aplicação para lanche gratuito ou reduzido (se aplicável) – um por família
- Arquivos escolares incluindo último boletim, pontuações de testes e serviços de educação especial (somente para alunos em transferência)
 - Formulário de transferência de arquivos confidenciais escolares completo
 - Enviado o requerimento de arquivos confidenciais escolares em _____
 - Arquivos escolares recebido em _____
- Cópia de certidão de nascimento ou passaporte (verifique nome e idade do aluno)
- Arquivos médicos incluindo vacinas e último exame médico recebido em _____
- Comprovante de residência (um de cada coluna e verifique itens recebidos)

Se os comprovantes de residência não estão disponíveis, por favor entrem em contato com a pessoa responsável para obter os formulários legais necessário.

Coluna A	Coluna B
Cópia recente do financiamento de onde mora	Recibo (gás, óleo, eletricidade, telefone, cable, água)
Cópia atual do contrato de Compra – Venda	Recibo (ativação de electricidade)
Cópia do contrato de aluguel e o recibo mais recente de pagamento do mesmo	Recibo (ativação de cable)
Cópia do aluguel HUD ou extrato HUD	Conta de seguro
	Fatura de impostos de propriedade
	Fatura de impostos adicionais
	Conta bancária (com data dos últimos 60 dias)

Se o aluno(a) não vive com os pais:

- Atestado de autorização de quem cuida (notarização requerida)
- Comprovante de residência listado acima

Se tem alguma pergunta ou precisa de informação adicional, por favor entre em contato com Tiago Duarte no (978) 567-6100 ext 153.



Hudson Public Schools PreK-12 Student Registration and Data

PRECISA-SE DESTES DOCUMENTOS PARA A MATRÍCULA: Exame médico atual , Cartão de vacina, Certidão de nascimento, 2 Comprovaentes de residência, Histórico escolar, Nota das disciplinas, Cópia do I.E.P para alunos de educação especial e Formulário de transferência de estado.

REQUIRED REGISTRATION DOCUMENTS: Current Physical, Immunizations, Birth Certificate, 2 Proofs of Residency, Transcripts/Grades, Discipline Record, Copy of I.E.P. for Special Education Student and State Transfer Form.

Student Name: _____
Primeiro nome (First) _____ **Nome do meio (Middle)** _____ **Último nome (Last)** _____

Masculino () Feminino ()
 (Male) (Female) **Série:** _____
 (Grade)

Endereço residencial : _____ **apt. #** _____ **PO Box #** _____
 (Home Address)

Cidade de residência do aluno: _____ **telefone :** _____
 (City of Residence of Student) (Phone)

Data de nascimento do aluno: mês _____ dia _____ ano _____
 (Student Date of Birth) (Month) (Day) (Year)

Local de nascimento: cidade _____ estado _____ país _____
 (Place of Birth) (City) (State) (Country)

Etnicidade: **Hispânico OU Latino (Cuba, México, Porto Rico, America do Sul, Central ou outra cultura/origem
 Hispânica, não dependendo da raça)**
 (Hispanic OR Latino (Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.)

Raça: (escolha uma ou mais) Branco Índio Americano ou Nativo do Alasca
 (Race) (Check all that apply) (White) (American Indian Alaskan Native)

(Nativo do Havaí ou Ilhas do Pacífico)
 (Hawaiian Native or Pacific Islander)

Negro
 (Black)

Asiático
 (Asian)

Este aluno já estudou em alguma escola nos E.U.A. ou em Massachusetts? **não** **sim** **data de início:** _____
 (Has Student Previously Attended a US or Massachusetts School?) (No) (Yes) (Start date)

Última escola: _____ **Última série concluída:** _____
 (Last School) (Last Grade Completed)

Endereço da escola: _____
 (School Address)

Este aluno já estudou em alguma escola de Hudson? **não** **sim**
 Has this Student Previously Attended a Hudson School? No Yes

Nome da escola em Hudson: _____
 (Name of Hudson School)

Seu filho(a) recebeu qualquer ajuda dos serviços? por favor, marque: **serviços de educação especial** **título I**
 (Has your child received any support services?) (Please check) (Special Education Services) (Title I)

fonoaudióloga **OT/PT** **intervenção precoce** **serviços de ajuda ELL** **504 Plan**
 (Speech Therapy) (OT/PT) (Early Intervention) (ELL Support Services)

OFFICE USE ONLY

LASID _____ SASID _____ School ID _____

YOG _____ Homeroom _____ Bus _____ Date of Entry _____

Nome do pai ou responsável: _____

(Parent/Guardian Name)

vínculo com o aluno: _____

(Relationship to student)

Endereço: _____

(Address)

email: _____

telefone celular #: _____

(Cell Phone #)

telefone residencial: _____

(Home Phone)

número de trabalho: _____

(Work Telephone)

Nome do pai ou responsável: _____

(Parent/Guardian Name)

vínculo com o aluno: _____

(Relationship to student)

Endereço: _____

(Address)

email: _____

telefone celular #: _____

(Cell Phone #)

telefone residencial: _____

(Home Phone)

número de trabalho : _____

(Work Telephone)

Contatos de emergência devem ser outras pessoas além dos pai ou responsável.

(Emergency contacts should be people other than the student's parents or guardians)

Contato de emergência: _____

(Name of Emergency Contact)

vínculo com o aluno _____

(Relationship to Child)

telefone: _____

(Phone)

Contato de emergência: _____

(Name of Emergency Contact)

vínculo com o aluno _____

(Relationship to Child)

telefone: _____

(Phone)

Liste o nome de irmãos que estudam na escolas públicas de Hudson e suas séries:

(List Siblings Enrolled in the Hudson Public Schools & Grade)

Guarda: **vive com os pais** **guarda conjunta** **guarda exclusiva da mãe** **guarda exclusiva do pai**

(Custody)

(Lives with Both Parents)

(Joint Custody)

(Mother Sole Custody)

(Father Sole Custody)

guarda do DCF **nome do agente** _____ **localização do escritório do DCF** _____

(DCF Custody)

(Name of Worker)

(DCF Office)

Pela segurança de seu filho(a), a escola deve ter uma cópia de algum documento legal? **não** **sim**

(For your child's safety, is there legal paperwork that the school should have copies of?)

No

Yes

É necessário mandar correio separado? **não** **sim** **quem? (mãe, pai, DCF, DYS)** _____

(Do you require separate mailing?)

(No)

(Yes)

(Who?)

(Mother, Father, DCF, DYS)

Military Family Status (Military Interstate for Children's Compact Commissions)

Student is a child enrolled in K-12 in the household of a full-time duty status in the active uniformed service of the United States, including members of the National Guard and Reserve on active duty orders pursuant to 10 U.S.C. Section 1209 and 1211? No_____ Yes_____

Student is a child of a member or veteran of the uniformed services who was severely injured and medically discharged or retired for a period of one year after medical discharge or retirement? No_____ Yes_____

Student is a child of a member of the uniformed services who died on active duty or as a result of injuries sustained on active duty for a period of one year after death? No_____ Yes_____

Every person shall have the right to attend the public schools of the town where he/she resides. Any misrepresentation of the parent(s)' and/or child's status as actually residing in Hudson may be required to remit full restitution to the town of improperly attended public schools.

Ao melhor do meu conhecimento, as informações acima são verdadeiras e exatas

(TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE, THE ABOVE INFORMATION IS TRUE AND ACCURATE.)

Assinatura do pai/responsável: _____

(PARENT/GUARDIAN SIGNATURE)

data: _____

(DATE)



Hudson Public Schools

155 Apsley Street

Hudson, MA 01749

Tel: 978-567-6100 Fax: 978-567-6103

<http://www.hudson.k12.ma.us>

REQUISITOS DE RESIDÊNCIA

Durante a matrícula, o pai/responsável DEVE apresentar os seguintes:

Certificado original de nascimento, Cópia do último exame físico da criança e Registro de vacinas

Cópia da identificação do pai/responsável, Duas provas de residência (1 de cada coluna) da tabela abaixo

Coluna A	Coluna B
Cópia recente do financiamento de onde mora	Recibo (gás, óleo, eletricidade, telefone, cable, água)
Cópia atual do contrato de Compra – Venda	Recibo (ativação de electricidade)
Cópia do contrato de aluguel e o recibo mais recente de pagamento do mesmo	Recibo (ativação de cable)
Cópia do aluguel HUD ou extrato HUD	Conta de seguro
	Fatura de impostos de propriedade
	Fatura de impostos adicionais
	Conta bancária (com data dos últimos 60 dias)

Os documentos podem ser enviados por fax ao registrador do distrito à: 978-567-6103

- Se não tem como provar residência, deve providenciar uma declaração legal do proprietário de onde mora e uma cópia do pagamento de aluguel mais recente. Por favor, consulte o registrador do distrito das escolas públicas de Hudson para obter ajuda.

COMUNICADO DE RESIDÊNCIA DE PAIS

(Parent Statement of Residency)

Perante as Leis de Massachusetts, a inscrição de alunos nas escolas públicas de Hudson é reservada somente aos os alunos que vivem em Hudson a não ser que a escola esteja aberta para o programa chamado school choice (escolha de escola). Portanto, como condição de matrícula, pai/responsável do aluno é requerido certificar sob penalidade de perjúrio que o aluno e pai/responsável residem em Hudson. Declarações falsas podem resultar em sérias penalidades e a matrícula será cobrada.

(Under Massachusetts General Laws, enrollment of students in the Hudson Public Schools is available only to students who actually reside in the Town of Hudson unless the school or grade is open to school choice. Therefore, as a condition of enrollment, a student's parent/guardian is required to certify under the pains and penalties of perjury that the student and a parent/guardian reside in Hudson. False statements on this form may result in serious penalties and tuition will be charged.)

Eu _____ certifico sob penalidade de perjúrio que _____ reside comigo em Hudson no(a):

Nome do pai/responsável (por extenso)

Endereço

Assinatura dos pai/responsável

Data



Hudson Public Schools
155 Apsley Street
Hudson, MA 01749
Tel: 978-567-6100 Fax: 978-567-6103
<http://www.hudson.k12.ma.us>

TRANSPORTE ANUAL ESCOLAR

Transporte de manhã de casa sim não
(Requires Morning Transportation)

Transporte da tarde para casa sim não
(Requires Afternoon Transportation)

Todos os alunos serão colocados no ponto de ônibus mais perto do endereço de sua casa.
(All students will be assigned to the bus stop closest to his/her home address)

Se você for deixar ou buscar seu filho em um endereço alternativo, por favor preencha as seguintes informações:
(If your child will be picked up or dropped off at an alternate address (within your school district), please complete the following information)

Nome do daycare de manhã (Name of Daycare)	Endereço do daycare (dentro do distrito escolar e número de telefone) (address of daycare)
Nome do daycare de tarde (Name of Daycare)	Endereço do daycare (dentro do distrito escolar e número de telefone) (address of daycare)

O termo daycare refere a todos os tipos de cuidados antes e depois da escola, incluindo o daycare, babá em lares, avós, tias, tios, primos, amigos e etc.

(The term "daycare" refers to all types of before or after school care, including daycare centers, home daycares, grandparents, aunts, uncles, friends etc.)

Se o seu filho é elegível para o ônibus, mas não precisa, por favor informe como ele(a) irá para a escola:
(If your child is eligible for the bus, but will not be taking the bus please indicate how he/she will be getting:)

para a escola
(To School)

Transporte pelos pais (Parent Transport)

Andando (Walking)

Outro (por favor informe) _____
(Other (please indicate))

para casa
(From School)

Transporte pelos pais (Parent Transport)

Andando (Walking)

Outro (por favor informe) _____
(Other (please indicate))

É DE RESPONSABILIDADE DO PAIS NOTIFICAR A ESCOLA, POR ESCRITO, SE TIVER ALGUMA MUDANÇA NESTA INFORMAÇÃO

(It is the parent's responsibility to notify the school, in writing, of any changes to this information.)

Portuguese Revised 12/2018

Hudson Public Schools

155 Apsley Street
Hudson, Massachusetts 01749



Office of Superintendent of Schools

Tel: 978-567-6100
Fax: 978-567-6103
www.hudson.k12.ma.us

Release for Confidential School Records (Liberação de Registros Escolares Confidenciais)

Student Name _____
(Nome do Aluno)

Birthdate _____ Grade _____
(Data de nascimento) (Série)

Name of Last School Attended _____
(Nome da última escola que estudou)

School Address _____
(Endereço da escola)

Telephone: _____ Fax: _____
(Telefone)

I authorize the above named Last School Attended to release any and all student records to the Hudson Public Schools.

(Eu autorizo a última escola em que meu filho(a) estudou nomeada acima, a liberar todo e qualquer registro escolar para as escolas públicas de Hudson.)

Parent/Guardian Signature
(Pai/Mãe/Responsável)

Date
(Data)



Escolas Públicas de Hudson Anual Escolar _____

Informações de saúde do estudante

**** Por favor, complete com precisão e devolva-o à enfermeira da escola, porque isto irá acompanhar sua criança se precisar de cuidados de emergência. ****

A escola pode revelar informações sobre o aluno para as partes apropriadas por ocasião de uma emergência de segurança ou de saúde se as informações forem necessárias para proteger a saúde ou a segurança do aluno ou outras pessoas. (Regulamentos da Comunidade de MA: 603 CMR 07,23) A enfermeira da escola pode compartilhar informações de saúde que sejam necessárias para a saúde do aluno e segurança com o pessoal autorizado da escola.

Nome do aluno _____ Grau _____ Professor _____

Apelido _____ Nome _____
Telefone residencial () _____ Data de nascimento _____ Idioma falado em casa: _____

Quem vive com a criança? Ambos os pais: _____ Um dos pais _____ Os pais dividem a guarda _____ Outros (encarregado) _____

Mãe/Tutor _____ Telefone celular () _____

Emprego _____ Telefone do trabalho () _____

Pai/Tutor _____ Telefone celular () _____

Emprego _____ Telefone do trabalho () _____

Correio Electrónico dos Pais _____

Irmãos (ãs)/Escola /grau _____

Contacto de Emergência (deve ser diferente dos pais/tutor) _____ Parentesco com a criança _____

Contacto de emergência Telefone residencial () _____ Telefone do trabalho () _____
Telefone celular () _____

Médico/Provedor de Saúde _____ Telefone () _____

O seu filho tem seguro de saúde? Não Sim

O seu filho tem Mass Health? Não Sim

O seu filho tem Seguro Dental? Não Sim *Se seu filho não tem seguro de saúde, por favor comuníque com a enfermeira da escola para que lhe proporcione informação.*

Por favor escreva os medicamentos que seu filho (a) toma regularmente em casa ou na escola _____

Se seu filho (a) requiere medicamentos ou cuidados especiais na escola, por favor comuníque com a enfermeira. Uma ordem assinada por um médico licenciado e um bilhete escrito dos pais é necessário para a medicina ou tratamento ser dado na escola (excepto como indica abaixo).

Por favor, marque com um "X" na caixinha abaixo tudo o que aplicar a seu filho(a).	Se seu filho (a) vê um especialista para uma condição de saúde, por favor escreva o nome do especialista abaixo:
<input type="checkbox"/> Alergia severa que requere recursos EpiPen (por exemplo comida, insectos) _____	
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	
<input type="checkbox"/> Alergias – outros _____ que não requere recursos EpiPen	
<input type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> História de Contusões – Diagnóstico Médico: _____ Quantas? _____	
<input type="checkbox"/> Problemas Dentais/Dentes	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Problemas de saúde mental, emocional	
<input type="checkbox"/> Problemas de Ouvidos: _____ direito _____ esquerdo	
<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	
<input type="checkbox"/> Enxaqueca	
<input type="checkbox"/> Convulsões	
<input type="checkbox"/> Problemas de vista: _____ óculos _____ lentes de contacto	
<input type="checkbox"/> Outro problema de saúde – especificar _____	

• *Eu dou permissão à Enfermeira da Escola para administrar o medicamento a meu filho(a) seguindo o Regulamento do Médico da Escola:*

Indique quais colocando um "X": Acetaminophen (Tylenol) Ibuprofen (Motrin/Advil)

_____ aplicação de pele de Caladryl ou loção de Calamina

Assinatura de pais _____ Data _____

***** Por favor, devolva isto logo que possível, a enfermeira da escola *****

Revised 12/2018 Portuguese



Formulário de Restrição de Foto do Estudante

Este formulário não precisa ser devolvido se você deseja permitir que a foto do seu filho apareça em publicações na escola e distrito incluindo o web site, jornais locais, e quadro de exibição de avisos.

Durante o ano escolar, nós muitas vezes tiramos fotografias de alunos, pais, professores e atividades escolares e podemos incluir essas fotos em quadros de avisos escolares, publicações escolares e do distrito, publicações de lar e escola, e no web site do distrito /da escola. Na maioria das circunstâncias apenas o nome de um aluno ou uma descrição geral da imagem será exibido. No entanto, há momentos que os jornais locais vêm nas escolas para tirar fotografias das actividades escolares/de estudante e podem imprimir o nome completo do aluno. Os endereços e telefones dos alunos não serão incluídos com qualquer informação postada no site escolar ou do distrito.

Se você **não quer** que a foto do seu filho apareça nestes lugares públicos, por favor, preencha o formulário abaixo e devolva-o à escola do seu filho até 1 de Outubro. Esta política não limita o direito de publicar fotografias de qualquer aluno participando de esportes da escola, peças de teatro escolares ou concertos ou outras actividades no domínio público.

Como pai ou tutor legal do aluno menor de idade indicado abaixo, não quero fotos do meu filho para aparecer nos seguintes locais (por favor marque todos os que se aplicam).

Nome do aluno _____

Escola _____ Grau _____ Nome do professor _____

- Não use foto do meu filho no site da escola/distrito.
- Não use foto do meu filho para projetos de escola, como livros feitos de classe.
- Não use foto do meu filho para quadros de avisos e exposições dentro da escola.
- Não use foto do meu filho para exposições dentro da comunidade.
- Não use foto do meu filho para jornais locais.
- Não filme meu filho e coloque no site escolar/distrito.
- Não filme meu filho pelo HUDTV, para colocar no ar em canais a cabo locais.

Pais/encarregados de educação (Imprima nome) _____

Assinatura dos pais _____ Data _____

Para os alunos de 18 anos de idade ou mais

Não quero que minha foto apareça no quadro de avisos escolar, em publicações escolares e de distrito, em jornais locais, e em nosso web site.

Estudante (Imprima nome) _____

Endereço: _____

Assinatura _____ Data _____

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 _____/_____/_____
		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
País de nascimento _____	Data de nascimento (mm/dd/aaaa) ____/____/____	Data do primeiro registro em QUALQUER escola norte americana (mm/dd/aaaa) ____/____/____
Informações da escola		
Data de início na nova escola (mm/dd/aaaa) ____/____/20____	Nome da escola e cidade antiga _____	Grau escolar atual _____
Perguntas para os pais/tutores		
Qual é o idioma principal usado em casa, independentemente da língua falada pelo aluno? _____	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? _____	
Quantos anos esteve o aluno na escola nos EUA (sem incluir o jardim de infância)? _____	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"/> Se sim, em que língua? _____	Você deseja um intérprete/tradutor presente nas reuniões entre pais-professores? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Se sim, em que língua? _____	
Assinatura dos pais/tutores: X _____	Data de hoje: _____/_____/20____ (mm/dd/aaaa)	



Hudson Public Schools

155 Apsley Street

Hudson, MA 01749

Tel: 978-567-6100 Fax: 978-567-6103

<http://www.hudson.k12.ma.us>

Estimados Pais/Tutores:

Nosso objetivo é garantir que cada aluno freqüenta a escola regularmente.

Assistindo a escola tem um enorme impacto sobre o sucesso acadêmico do aluno começando no jardim de infância e continuando até o colégio. Mesmo quando as crianças crescem e se tornam mais independentes, as famílias desempenham um papel fundamental no sentido de assegurar que os alunos vão para a escola com segurança todos os dias e entender por que o atendimento é tão importante para o sucesso na escola e na vida.

Percebemos que algumas ausências são inevitáveis devido a problemas de saúde ou outras circunstâncias. Mas, também sabemos que, quando os alunos faltam muito — independentemente do motivo — isso pode causar-lhes a ficar para trás academicamente. Seu filho tem menos probabilidade de êxito se ele ou ela estiver cronicamente ausente — o que significa faltar 18 ou mais dias (um mês de escola!) ao longo de um ano inteiro de escola. Pesquisa mostra:

- Crianças cronicamente ausentes no jardim de infância e 1º grau são muito menos propensos a ler no nível da classe no final do 3º grau.
- Pelo 6º ano, ausência crônica é um sinal de aviso comprovado para os estudantes em risco de abandono da escola.
- Pelo 9º ano bom atendimento pode prever taxas de graduação melhor que os resultados de testes do 8º ano.

Ausências podem adicionar rapidamente. Uma criança é cronicamente ausente se ela falta apenas dois dias de cada mês!!

Claramente ir à escola regularmente importa!

Não queremos que seu filho fique para trás na escola e desanime. Por favor, certifique-se de que seu filho frequenta a escola todos os dias e chega na hora. Aqui estão algumas dicas práticas para ajudar a suportar a assiduidade:

- Defina uma rotina de manhã e de ir para a cama regular.
- Encorajar os seus filhos para se preparar para o escola no dia seguinte, selecionando sua roupa na noite anterior.
- Não deixe seu filho ficar em casa, a menos que esteja realmente doente
- Planeie viagens em família durante as férias da escola ou durante o verão.
- Se seu filho parece ansioso em ir para a escola, fale com outros pais para conselhos, conselheiros de escola ou professores sobre como fazê-la sentir-se confortável e animada sobre aprendizagem.
- Desenvolva planos para levar à escola, se aparecer algo fora do ordinário. Ligue para um membro da família, um vizinho, ou outro pai.

Deixe-nos saber como podemos melhor apoiar você e seus filhos para que eles possam comparecer na escola na hora todos os dias. Queremos que seu filho seja bem sucedido na escola! Se você tiver dúvidas ou precisa de mais informações entre em contato com a escola do seu filho.

Atenciosamente,

Escolas Públicas de Hudson

Pesquisa de Experiência na Infância

Por favor, marque a opção que melhor descreva a experiência infantil do seu filho(a), antes de ingressar no Kindergarten (Jardim de Infância). Marque somente uma opção e indique as horas correspondente. Obrigado!

Nome da criança: _____ Data de nascimento: _____

- Meu filho(a) não teve nenhuma experiência em um programa de apoio infantil.
- Meu filho(a) não teve nenhuma experiência em um programa de apoio infantil, mas participou do CFCE (Famílias Cordenadas e Engajamento Comunitário).
- Meu filho(a) não teve nenhuma experiência em um programa de apoio infantil, mas participou do PCHP (Pais e Filhos em Casa).
- Meu filho não teve nenhuma experiência em um programa de apoio infantil, mas participou de AMBOS: (CFCE)e(PCHP).
- Meu filho(a) esteve aos cuidados de uma Instituição Familiar Licenciada (marque às horas que se aplica)
__ menos de 20 horas por semana
__ mais de 20 horas por semana
- Meu filho esteve aos cuidados de um programa Centro de Base de apoio (marque às horas que se aplica)
__ menos de 20 horas por semana
__ por mais de 20 horas por semana
- Meu filho esteve aos cuidados de AMBOS: Instituição Familiar Licenciada e Programa Centro de Base de apoio (marque às horas que se aplica)
_ menos de 20 horas por semana
-- mais de 20 horas por semana

Definições:

CFCE (Famílias Cordenadas e Engajamento Comunitário) são programas de apoio local que atendem famílias com crianças desde o nascimento até a idade escolar, exemplos: grupo de jogos entre pais e filhos e atividades entre pais e filhos).

PCHP (Pais e Filhos em Casa): é um programa de visitas domiciliares financiado pelo Departamento de Educação.

Instituição Familiar Licenciada: refere-se ao cuidado de um fornecedor com licença do EEC à um lar.

Centro de Base: refere-se à atenção a crianças de um ambiente de grupo, que inclui escolas infantil integradas públicas e privadas.

Escolas Públicas de Hudson
Histórico de Desenvolvimento do Jardim Infantil

Nome do aluno _____ Masc. Feminino
Sobrenome Próprio Meio

Endereço _____ Telefóne # _____

Local de nascimento _____ Data Nasc. _____

Você acha que seu filho teve atrasos em qualquer do seguinte:

Sentando	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Indo ao banheiro	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Rastreado (engatinhando)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Comendo sózinho	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Andando	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Parto prematuro	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Usando palavras simples	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Parto normal	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Usando frases completas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Comentários:	_____	

As seguintes perguntas referem-se aos problemas em áreas como a audição, visão, fala, linguagem e desenvolvimento físico, intelectual, emocional e social.

Você tem alguma razão para suspeitar que seu filho possa precisar de quaisquer serviços especiais ou considerações na configuração ou currículo escolar? Sim Não Se Sim, Por favor explique: _____

O seu filho recebeu Serviços de Intervenção Precoce (E.I.) através do Bureau of Family and Community Health? Sim Não
 Se Sim, onde: _____

Será que a informação acerca desta avaliação e/ou tratamento estariam disponíveis aos funcionários escolares?
Sim Não

Se sim, por favor dê nome(s) e endereço(s) da pessoa ou organismo de quem esta informação pode ser obtida:

Seu filho está actualmente inscrito em qualquer programa de escola especial? Sim Não Se Sim, por favor explique: _____

Quais as palavras que melhor descrevem o seu filho?

<input type="checkbox"/> tímido	<input type="checkbox"/> autoconfiante	<input type="checkbox"/> cooperativo
<input type="checkbox"/> feliz	<input type="checkbox"/> ciumento	<input type="checkbox"/> amoroso
<input type="checkbox"/> entusiasmado	<input type="checkbox"/> nervoso	<input type="checkbox"/> outro _____
<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> falador	

Qual a mão que o seu filho prefere? direita esquerda não tem preferência

Que palavras melhor descrevem os sentimentos do seu filho sobre a escola?

<input type="checkbox"/> entusiasta	<input type="checkbox"/> ansioso	<input type="checkbox"/> outro _____
<input type="checkbox"/> amedrontado	<input type="checkbox"/> feliz	
<input type="checkbox"/> indiferente	<input type="checkbox"/> apreensivo	

A fala do seu filho é facilmente entendida por pessoas diferente da família? _____

Ele tem dificuldade de fala ou idioma? Sim Não

Se Sim, por favor explique: _____

Seu filho tem quaisquer receios, tais como:

<input type="checkbox"/> trovoadas	<input type="checkbox"/> estar só	<input type="checkbox"/> o escuro
<input type="checkbox"/> cachorro ou outros animais.	<input type="checkbox"/> ruídos	<input type="checkbox"/> outro _____

Portuguese

Seu filho tem quaisquer problemas especiais?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> visão | <input type="checkbox"/> audição | <input type="checkbox"/> comendo |
| <input type="checkbox"/> morder unhas | <input type="checkbox"/> sugar nos dedos | <input type="checkbox"/> xixi na cama |
| <input type="checkbox"/> discurso | <input type="checkbox"/> teimosia | <input type="checkbox"/> chlique (mau gênio) |
| <input type="checkbox"/> "acidentes" nas calças | <input type="checkbox"/> outro _____ | |

Seu filho tem qualquer condição física que possa impedi-lo de participar de um programa ativo de jardim infantil? Sim Não

Se Sim, por favor explique: _____

Seu filho brinca com:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> irmão(s)/irmã(s) | <input type="checkbox"/> sozinho | <input type="checkbox"/> crianças menores |
| <input type="checkbox"/> crianças maiores | <input type="checkbox"/> crianças do bairro | <input type="checkbox"/> um amigo próximo |

O seu filho pode:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> fechar fechos | <input type="checkbox"/> abotoar | <input type="checkbox"/> ficar voluntariamente com uma babá |
| <input type="checkbox"/> fechar molas | <input type="checkbox"/> vestir-se | <input type="checkbox"/> ficar voluntariamente com um parente |
| <input type="checkbox"/> amarrar sapatos | <input type="checkbox"/> cuidar de higiene | <input type="checkbox"/> ficar voluntariamente com outro |

O seu filho usa em casa:

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> tesoura | <input type="checkbox"/> crayons | <input type="checkbox"/> cola ou massa |
| <input type="checkbox"/> puzzels | <input type="checkbox"/> lápis | <input type="checkbox"/> tinta |
| <input type="checkbox"/> argila | <input type="checkbox"/> blocos | <input type="checkbox"/> livros |

Seu filho assistio a pré-escola? Sim Não

Se Sim, Nome da pré-escola: _____

de anos: _____

Seu filho tem amigos ou parentes que irão participar no jardim infantil durante o mesmo ano letivo:

Sim Não Se Sim, nome das crianças?: _____

Seu filho tem irmãos que estão / assistiram Hudson Public Schools? Sim Não

Irmãos:

Nome: _____ D.Nasc.: _____

Nome: _____ D.Nasc.: _____

Nome: _____ D.Nasc.: _____

Nome: _____ D.Nasc.: _____

O aluno ou família recebe Transitional Aid of Families Benefits, ou qualifica para senhas alimentares.

Sim Não

Há qualquer outra informação que você acha que a escola deve saber? Sim Não

Se Sim, por favor comente: _____

Informação fornecida por:

Assinatura

Data

Parentesco à criança

----- PLEASE DO NOT WRITE BELOW THIS LINE. -----

____ Birth certificate received ____ Proof of Residence received

ESCOLAS PÚBLICAS DE HUDSON - INFORMAÇÕES DE SAÚDE DO ESTUDANTE

Nome do aluno _____ Data de nascimento _____
 (Apelido) (Nome) (nome do meio)

Endereço: _____ Telefone residencial _____

Nome de Pais/Tutor _____ Telefone celular _____

Emprego _____ Telefone do trabalho _____

Nome de Pais/Tutor _____ Telefone celular _____

Emprego _____ Telefone do trabalho _____

1. Seu filho teve alguma das seguintes condições de saúde? Em caso afirmativo, por favor verifique todas as opções aplicáveis e o comentário se necessário:

- ADD/ADHD _____
- Ansiedade / social-emocional / preocupações com a saúde mental _____
- Alergia à alimentos, picadas de inseto, látex ou medicação. Se sim, o seu filho é alérgico a quê? _____
 Requere Epipen? **Sim ou não**
- Alergia a gatilhos ambientais ou sazonais _____
- Asma/Chiado ou tosse crônica _____
- Condição do intestino ou dificuldade com movimentos intestinais _____
- Problemas cardíacos _____
- Doenças crônicas ou condições. Descrever: _____
- Preocupações de dentes/dentais _____
- Diabetes _____
- Dificuldades de alimentação ou tubo de alimentação _____
- Problemas de audição, que exigem o uso de um aparelho auditivo ou outro dispositivo _____ Ouvido direito ____ Ouvido esquerdo _____
- Condição neurológica ou história de lesões graves _____
- Obesidade ou sobrepeso _____
- Problemas ortopédicos/osso ou fraturas exigindo braçadeiras e/ou muletas? _____
- Desordem de convulsões _____
- Problema de pele _____
- Problemas de estômago ou gastrointestinais _____
- Cirurgia _____
- Problemas de urina/bexiga _____
- Problemas de vista
 Olho direito ____ Olho esquerdo ____ Óculos ou lentes de contato ____ para a distância ____ para ler ____ ambos ____
- Outras doenças ou condições: _____

2. Seu filho vai ao dentista regularmente? ____ Sim ____ Não. Data aproximada da última consulta odontológica: _____

3. Seu filho exigirá medicação na escola? ____ Sim ____ Não. Se sim, faça uma lista da medicação e a que hora do dia é dada _____

Uma ordem de um médico licenciado e autorização por escrito dos pais é necessária para medicação e tratamento dado na escola.

Nome de pais: _____ Assinatura: _____ Data: _____
 (Imprimir)

Internal Office Use Only

<input type="checkbox"/> Reviewed by School Nurse on: _____ <input type="checkbox"/> 1 st Contact with Parent/Guardian on _____ <input type="checkbox"/> 2 nd Contact with Parent/Guardian on _____	<input type="checkbox"/> FOLLOW UP WITH PARENT/GUARDIAN REQUIRED
Forms mailed home on (date) _____ <input type="checkbox"/> Medical Worksheet <input type="checkbox"/> Medication Administration Forms <input type="checkbox"/> LTA Forms <input type="checkbox"/> EAP/IHCP Asthma, Diabetes, Seizure (circle) <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> NO FOLLOW UP REQUIRED