



Escolas Públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich MA 01938 Telephone: 978-356-2935 Fax: 978-356-0445

ESCOLA PRIMÁRIA

Lista de verificação para matrícula de alunos

Nome completo do aluno:

Data de nascimento:

Matrícula por série: __Jardim de Infância __1º ano __2º ano __3º ano __4º ano __5º ano

Documentação de Validação de Residência

Você deve fornecer UM item de cada lista.

1. Comprovante de Residência (marque uma opção)

- ☐ Pagamento da hipoteca ou imposto predial
- ☐ Recibo de pagamento de aluguel ou arrendamento
- ☐ Obra
- ☐ Carta autenticada do proprietário (caso não haja contrato de locação)

2. Comprovante de ocupação (marque uma opção)

- ☐ Conta de serviços públicos (gás, óleo, eletricidade, etc.)
- ☐ Projeto de Lei do Imposto sobre o Consumo
- ☐ Conta de TV a cabo

3. Comprovante de Identificação do Pai/Responsável (marque uma opção)

- ☐ Carteira de motorista válida
- ☐ Carteira de identidade com foto válida de Massachusetts
- ☐ Passaporte

Os formulários de inscrição DEVEM incluir o seguinte:

☐ Certidão de nascimento	☐ Pesquisa sobre o idioma falado em casa
☐ Registro de Imunização	☐ Formulário de Etnia
☐ Exame físico mais recente (realizado no último ano)	☐ Pesquisa sobre o Status Militar
☐ Autorização para Divulgação de Registros	☐ Histórico de saúde
☐ Formulário de Matrícula do Aluno	☐ Atualização de saúde/Autorização para tratamento médico
☐ Formulário de Inventário Pessoal (Somente para alunos do jardim de infância ao 5º ano)	☐ Pesquisa sobre a experiência na educação infantil (somente para o jardim de infância)
☐ Formulário de atualização de informações de contato	☐ Documentos de Validação de Residência



Escolas Públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich MA 01938 Telephone: 978-356-2935 Fax: 978-356-0445

Autorização para Liberação de Registros Acadêmicos

1º ao 12º ano

___ Escola Memorial Paul F. Doyon
216 Linebrook Road

Ipswich, MA 01938 (fax) 978-356-8574

Escola Winthrop
65 Rua Central

Ipswich, MA 01938 (fax) 978-356-8739

Escola de Ensino Fundamental de Ipswich

130 High Street

Ipswich, MA 01938 (fax) 978-412-8169

Escola Secundária de Ipswich

134 High Street

Ipswich, MA 01938 (fax) 978-356-3720

Estudante

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Novo endereço: _____ Telefone: _____

Endereço anterior: _____

Da minha antiga escola: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Para a nova escola: _____ Telefone: _____

Endereço _____ Fax: _____

Registros:

Os registros acadêmicos dos alunos são solicitados em casos de transferência, avaliação externa, admissão em cursos de pós-graduação ou emprego.

Solicito, por meio deste documento, que os registros indicados abaixo sejam encaminhados para/das Escolas Públicas de Ipswich (conforme indicado acima):

___ **Todo o conteúdo do registro cumulativo, incluindo os itens listados abaixo.**

___ Registro de notas

___ Resultados dos testes (padronizados)

___ Registros de Presença

Registros disciplinares

___ Registros de saúde

___ Atividades escolares

Registros de Educação Especial,
Planos e avaliações educacionais

___ Outro

Assinatura autorizada: _____ Data: _____

Nome em letra de forma: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Relação com o aluno: ___ Pais ___ Tutor Legal ___ Estudante



Escolas Públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich MA 01938 Telephone: 978-356-2935

Formulário de Matrícula do Aluno

1. Informações do aluno:

Nome: _____ Nome do meio: _____ Sobrenome: _____
Nome preferido: _____ Sexo: _____ Série/Ano de ingresso: _____) _____
Data de Nascimento: _____ Local de Nascimento: _____
Endereço residencial: _____
Telefone principal: _____ Endereço de email: _____
Idioma(s) falado(s) em casa: _____

O estudante reside principalmente com: _____
Outras crianças na casa: _____ Data de nascimento: _____

Por favor, especifique se o aluno tem algum irmão ou irmã matriculado(a) em DOYON ou WINTHROP (**somente para matrícula no Ensino Fundamental**): _____

O aluno possui o seguinte: ____ Plano Educacional Individualizado (PEI) ____ Plano de Adaptação 504

2. Informações do pai ou responsável:

Responsável 1: _____ Responsável 2: _____
Endereço residencial: _____ Endereço residencial: _____
Telefone principal: _____ Telefone principal: _____
Segundo telefone: _____ Segundo telefone: _____
E-mail: _____ E-mail: _____
Profissão: _____ Profissão: _____
Local de Emprego: _____ Local de Emprego: _____

3. Contato de emergência:

Contato de emergência: _____ Parentesco: _____

Telefone principal: _____ Segundo telefone: _____

Endereço: _____

Contato de emergência: _____ Parentesco: _____

Telefone principal: _____ Segundo telefone: _____

Endereço: _____

4. Lei de Direitos Educacionais e Privacidade da Família (FERPA)

A Lei de Direitos Educacionais e Privacidade da Família (FERPA, na sigla em inglês), a lei federal que trata do acesso aos registros estudantis,

determina que: *Uma agência ou instituição educacional deve conceder plenos direitos, nos termos da Lei, a qualquer um dos pais, a menos que a agência ou instituição tenha recebido comprovação de que existe uma ordem judicial, lei estadual ou documento juridicamente vinculativo relacionado a questões como divórcio, separação ou guarda que revogue especificamente esses direitos.*

De forma semelhante, o Regulamento de Registros Estudantis de Massachusetts (603 CMR 23.00) define

"responsável" como: *o pai ou a mãe do aluno, ou seu tutor, ou pessoa ou entidade legalmente autorizada a agir em nome da criança em substituição ou em conjunto com o pai, a mãe ou o tutor. O termo, conforme utilizado em 603 CMR 23.02, inclui um genitor divorciado ou separado, sujeito a qualquer acordo escrito entre os pais ou ordem judicial que regule os direitos desse genitor e que seja levado ao conhecimento do diretor da escola.*

A partir de 1998, a lei de Massachusetts (Leis Gerais, Capítulo 71, Seção 34H) especificou procedimentos detalhados que regem o acesso aos registros escolares dos alunos por pais que não têm a guarda física de seus filhos.

Para que possamos aplicar as leis de registro de alunos adequadamente e comunicar notícias e eventos escolares relacionados ao seu filho(a), solicitamos que nos forneça as seguintes informações.

Por favor, selecione uma (1) das seguintes opções:

O aluno mora com: ☐ Ambos Pais ☐ Pai/Mãe 1: _____ ☐ Pai/Mãe 2: _____

☐ Responsável(eis): _____

☐ Os pais compartilham a guarda desta criança.

Endereço do responsável 1: _____

Endereço do responsável 2: _____

☐ Os pais NÃO compartilham a guarda. No entanto, o pai ou a mãe que não detém a guarda pode ter acesso aos registros escolares, reuniões com professores, boletins, etc. (Caso contrário, como pai ou mãe que detém a guarda, você deve fornecer à escola a documentação legal que comprove sua situação).

☐ Existem questões de custódia. (Por favor, fale com o diretor da escola)

Assinatura do Pai/Responsável: _____ **Data:** _____



Escolas Públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich MA 01938 Telefone: 978-356-2935

Formulário de Inventário Pessoal do Ensino Fundamental

As informações a seguir ajudarão a escola a entender melhor seu filho.

Por favor, indique qual das seguintes opções você observa em seu filho(a):

☐ roer as unhas	☐ desanima-se facilmente	☐ egoísta
☐ chupar o dedo	☐ tem muitos medos	☐ excitável
☐ enurese noturna	☐ é independente	☐ se irrita facilmente
☐ pesadelos	☐ medo de estranhos	☐ muito fácil de gerenciar
☐ timidez	☐ é generoso com os companheiros de brincadeira	☐ é organizado
☐ disposição feliz	☐ tem muitos amigos	☐ é um líder
☐ dorme profundamente	☐ prefere ficar sozinho	☐ está com ciúmes
☐ alimenta-se a si mesmo	☐ útil em casa	☐ brinca com crianças mais velhas
☐ brinca apenas com irmãos	☐ prefere passar tempo em frente à tela do que brincar	

A que horas seu filho costuma ir para a cama? _____ E levantar? _____

Eles tomam café da manhã? Almoço? Jantar? _____

Você gostaria de comentar sobre os hábitos alimentares do seu filho, apetite, comidas favoritas, etc.?

O que seu filho gosta de fazer quando não está na escola?

Qual foi a reação do seu filho a experiências anteriores em grupo (acampamento, pré-escola, etc.)?



Escolas Públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich MA 01938 Telephone: 978-356-2935

Formulário de Inventário Pessoal do Ensino Fundamental

Histórico de desenvolvimento:

Houve alguma dificuldade relacionada à gravidez ou ao parto desta criança? Se sim, qual?

Foi um parto prematuro? _____ Em caso afirmativo, quantas semanas/meses de prematuridade? _____

Com que idade seu filho teve a primeira...

Primeiro, junte as palavras: _____ Adquirir o controle intestinal: _____

Primeiros passos: _____ Adquiriu o controle da bexiga: _____

Quais problemas, se houver, você teve para alimentar seu filho durante a infância?

Nome do pediatra: _____ Número de telefone: _____

Data da última consulta com o pediatra: _____

Qual foi o motivo da última vez que você levou seu filho a um médico ou clínica particular?

Você leva seu filho ao dentista? _____ Com que frequência? _____ Data da última visita: _____

Nome do dentista: _____ Número de telefone: _____

Há alguma preocupação ou outro assunto que você gostaria de discutir com a equipe da escola?

Assinatura do Pai/Responsável: _____ Data: _____



Escolas Públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich MA 01938 Telephone: 978-356-2935

Atualização das informações de contato

O sistema Blackboard Connect permite o envio de dois tipos de mensagens: mensagens de contato e mensagens de emergência. **As mensagens de contato serão enviadas apenas para o telefone e o e-mail principais. Já as mensagens de emergência serão enviadas para todos os contatos, incluindo** números de telefone e endereços de e-mail.

Por favor, liste abaixo suas informações de contato na ordem em que deseja ser contactado. Indique todos os números de telefone como residencial, celular ou comercial.

Números de telefone

Utilizado no sistema Blackboard Connect Outreach/Emergency.

Contato principal:

Nome: _____ Número de telefone: _____

Por favor, circule uma opção: Trabalho de casa na célula

Segundo contato:

Nome: _____ Número de telefone: _____

Por favor, circule uma opção: Trabalho de casa na célula

Terceiro contato:

Nome: _____ Número de telefone: _____

Por favor, circule uma opção: Trabalho de casa na célula

Endereço de email

Utilizado no sistema Blackboard Connect Outreach/Emergency.

Contato principal:

Nome: _____ E-mail: _____

Segundo contato:

Nome: _____ E-mail: _____



Escolas Públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich MA 01938 Telefone: 978-356-2935

Pesquisa sobre o idioma falado em casa

Os regulamentos do Departamento de Educação Primária e Secundária de Massachusetts exigem que todas as escolas determinem o(s) idioma(s) falado(s) por cada aluno. em casa para identificar suas necessidades linguísticas específicas. Essas informações são essenciais para que as escolas ofereçam um ensino significativo para todos os alunos. Se um Se um idioma diferente do inglês for falado em casa, o Distrito Escolar é obrigado a realizar uma avaliação mais aprofundada do seu filho. Por favor, ajude-nos a cumprir esta importante exigência. Para atender a essa necessidade, responda às seguintes perguntas. Agradecemos sua ajuda.

Informações para o aluno			
Primeiro nome	Nome do meio	Sobrenome	F ☐ M ☐
	/ /	/ /	Gênero
País de nascimento	Data de Nascimento (mm/dd/aaaa)	Data da primeira matrícula em QUALQUER escola dos EUA (mm/dd/aaaa)	
Informações da escola			
/ /20			
Data de início na nova escola (mm/dd/aaaa) Nome da escola anterior e cidade		Nota atual	
Perguntas para pais/responsáveis			
Qual é o idioma principal usado em casa, independentemente do Qual é o idioma falado pelo aluno?		Quais são os idiomas falados com seu filho? (incluindo parentes - avós, tios, tias, etc. - e cuidadores)	
		raramente / às vezes / frequentemente / sempre	
		raramente / às vezes / frequentemente / sempre	
Qual foi o primeiro idioma que seu filho entendeu e falou?		Qual idioma você usa com mais frequência com seu filho?	
Há quantos anos o aluno estuda em escolas americanas? (sem incluir pré-escola)		Quais idiomas seu filho usa? (circule um)	
		raramente / às vezes / frequentemente / sempre	
		raramente / às vezes / frequentemente / sempre	
Você precisará de informações escritas da escola em seu idioma nativo? linguagem? Y ☐ N ☐		Você precisará de um intérprete/tradutor nas reuniões de pais e professores? Y ☐ N ☐	
Em caso afirmativo, qual idioma?		Em caso afirmativo, qual idioma?	
Assinatura do pai/mãe/responsável:		/ /20	
X		Data de hoje: (mm/dd/aaaa)	



Escolas Públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich MA 01938 Telephone: 978-356-2935 Fax: 978-356-0445

Formulário de Etnia do Aluno

Nome do aluno: _____

Escola: _____ Série/Ano: _____

Por favor, responda às perguntas 1 e 2:

1. Este aluno é hispânico ou latino? (por favor, escolha apenas uma opção)

- ☐ Não, não hispânico nem latino.
- ☐ Sim, hispânico ou latino (uma pessoa de origem cubana, mexicana, porto-riquenha, sul-americana ou centro-americana, ou outra cultura ou origem espanhola, independentemente da raça)

2. Qual é a raça/etnia do aluno? (por favor, selecione todas as opções aplicáveis)

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

Assinatura do responsável: _____ Data: _____



Escolas Públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich MA 01938 Telephone: 978-356-2935 Fax: 978-356-0445

Pesquisa sobre o Status Militar

Nome do aluno: _____ Data: _____

Massachusetts é membro do Pacto Interestadual sobre Oportunidades Educacionais para Filhos de Militares (ICEOMC). Este pacto é um acordo entre os estados dos EUA que visa remover barreiras ao sucesso educacional de filhos de militares. O objetivo é facilitar a transição para essas crianças, padronizando certas políticas educacionais, como matrícula escolar, escolha de disciplinas e requisitos para a formatura, a fim de reduzir o impacto das frequentes mudanças de residência.

Preencha este formulário SOMENTE se alguma das seguintes afirmações se aplicar a você:

Existe um pai/responsável na residência do aluno que (Marque TODAS as opções aplicáveis):

- ☐ É um membro ativo das forças armadas, incluindo membros da Guarda Nacional e da Reserva em serviço ativo em tempo integral e membros uniformizados do Corpo de Oficiais da Marinha Nacional Oceânica e Marinha (NOAA).
Administração Nacional Oceânica e Atmosférica (NOAA) e Serviços de Saúde Pública dos Estados Unidos (USPHS)
- ☐ É um membro ou veterano que recebeu baixa médica ou se aposentou por um período de um ano após a baixa ou data de aposentadoria**
- ☐ É considerado membro falecido em serviço ativo durante um período de um ano após a data do óbito.**

**Data de dispensa, aposentadoria, falecimento ou mobilização: _____

Assinatura do Pai/Responsável: _____ Data: _____



Escolas Públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich MA 01938 Telephone: 978-356-2935 Fax: 978-356-0445

Bem-vindos aos Serviços de Saúde da Escola Primária de Ipswich

Por favor, preencha os formulários de Atualização Anual do Histórico de Saúde e Autorização para Tratamento de Emergência incluídos neste pacote. Além disso, inclua as seguintes informações/documentos:

• Comprovante atual de exame físico do pediatra do seu filho. Os exames devem ter sido realizados nos últimos 13 meses.

• Carteira de vacinação atualizada; veja os requisitos abaixo. Para isenção de vacina, a documentação comprobatória deve estar arquivada antes da matrícula, conforme a legislação estadual.

• Formulários para pais e responsáveis para alunos que necessitam de medicamentos controlados durante o período escolar. (Entre em contato com a enfermeira da escola para obter esses formulários)

Hib	1 a 4 doses; o número de doses é determinado pelo produto da vacina e pela idade em que a série começa.
DTaP	4 doses
Poliomielite	3 doses
Hepatite B:	3 doses; comprovação laboratorial de imunidade aceitável.
MMR	1 dose; deve ser administrada a partir da 1ª dose, 1º aniversário; evidência laboratorial de se a imunidade for aceitável.
Varicela	1 dose; deve ser administrada a partir da primeira 1º aniversário; um histórico confiável de dose após varicela* ou comprovação laboratorial de imunidade aceitável.

Em caso de dúvidas ou preocupações, entre em contato com a enfermeira da escola do seu filho.

Escola Memorial Paul F. Doyon: Mary Sforza, BSN, RN, (978) 356-5506

Escola Winthrop: Jon Stafford, BSN, RN, (978) 356-2976

Escolas Públicas de Ipswich

Formulário de Histórico de Saúde

Nome do aluno : _____ Data de nascimento: _____ Idade: _____ Série/Ano: _____

Alergias: Por favor, liste e descreva quaisquer alergias (alimentares, medicamentosas e/ou ambientais):

Alergia	Reação Inclua os fatores desencadeantes de alergias alimentares.	Tratamento

Restrições alimentares (vegetariano, etc.): _____

Condições de saúde (Marque todas as que se aplicam):

☐ TDAH		☐ Condição de saúde mental	
☐ Asma/Problema respiratório ☐ Inalador		Condição neurológica	
☐ Autismo		Operação	
☐ Distúrbio sanguíneo		☐ Escoliose	
☐ Lesões dentárias, aparelhos ortodônticos		☐ Distúrbio convulsivo	
☐ Diabetes		☐ Condição da pele	
☐ Infecções/problemas de ouvido	Aparelhos auditivos e implantes cocleares	Condição da fala	
☐ Dores de garganta frequentes/estreptococos		☐ abuso de substâncias	
☐ Doenças gastrointestinais (doença de Crohn, refluxo)		Condição urinária	
☐ Dores de cabeça/enxaquecas		☐ Deficiência visual	☐ Copos ☐ Contatos
Doença cardíaca		☐ Outro:	
Hospitalização			

Medicação atual: Se seu filho(a) precisar de alguma medicação específica durante o período escolar, entre em contato com a enfermeira da escola.

É OBRIGATÓRIO preencher os formulários para que os medicamentos sejam dispensados durante o horário escolar.

	Nome(s) e Dose(s)
Dado na escola:	
Foto tirada em casa:	

Existe alguma condição que impeça seu filho de participar de aulas de educação física ou esportes?

Em caso afirmativo, descreva: _____

Seu filho é acompanhado por algum médico/profissional de saúde especialista?

Em caso afirmativo, por favor, liste: _____

Por favor, liste quaisquer preocupações adicionais ou informações pertinentes: _____

Autorizo a enfermeira escolar a compartilhar informações com o(s) professor(es) da criança, conforme necessário, para o benefício do meu filho(a).
necessidades de saúde e educacionais da criança. ☐ SIM ☐ NÃO

Assinatura do responsável: _____ Nome impresso: _____ Data: _____



Escolas Públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich MA 01938 Telephone: 978-356-2935 Fax: 978-356-0445

Nome do aluno: _____ Data de nascimento: _____ Série/Ano: _____

Endereço residencial: _____

Pai/Responsável 1: _____ Parentesco: _____

Número de contato principal: _____ Número de contato secundário: _____

Pai/Responsável 2: _____ Relação: _____

Número de contato principal: _____ Número de contato secundário: _____

Pessoa local para contato caso o pai/responsável não possa ser contatado: _____

Relação: _____ Número de telefone: _____

Autorização para receber medicamentos de venda livre (sem receita médica)

A enfermeira escolar tem minha autorização para administrar os seguintes medicamentos (marque todos os que se aplicam):

_____ Ibuprofeno (Advil, Motrin)

_____ Tums

_____ Tylenol (paracetamol)

_____ Protetor solar (FPS > 30)

Xarope para tosse (Robitussin)

Repelente de insetos (<30 DEET)

Pastilhas para tosse

_____ Outro:

Assinatura **do responsável** : _____ Data: _____

Consentimento para Colaboração entre Profissionais Médicos

Pode haver ocasiões em que a enfermeira da escola precise entrar em contato com seu médico ou dentista por motivos de saúde.

Informações. Se você concorda com esta comunicação, por favor, assine abaixo.

Autorizo a enfermeira escolar a contatar o(s) profissional(is) de saúde do meu filho(a) quando necessário: _____ **SIM** _____ **NÃO**

Assinatura: _____ Data: _____

Seguradora: _____

Médico: _____

Outras instruções/dúvidas: _____

Por meio deste, autorizo o atendimento de emergência para o aluno acima mencionado.

Assinatura do Pai/Responsável: _____ Data: _____

Se suas informações de contato mudaram em relação ao ano passado, por favor, indique marcando a caixa abaixo: _____

Pesquisa sobre a experiência na educação infantil

Por favor, marque a opção que melhor descreve a experiência pré-escolar do seu filho(a) durante o ano letivo.

Antes de ingressar no jardim de infância. Selecione apenas uma opção e indique as horas, se aplicável. Obrigado!

Nome da criança: _____

Data de nascimento: _____

☐

Meu filho não teve nenhuma experiência formal em programas de educação infantil.

☐

Meu filho não teve experiência formal em programas de educação infantil, mas participou de um programa coordenado. _____
Serviços de Envolvimento da Família e da Comunidade (CFCE).

☐

Meu filho não teve experiência formal em programas de educação infantil, mas participou do programa de pais e filhos. _____
Serviços do Programa Domiciliar (PCHP).

☐

Meu filho não teve experiência formal em programas de educação infantil, mas participou de **AMBOS**. _____
Envolvimento Coordenado da Família e da Comunidade (CFCE) E Programa Familiar para Pais e Filhos (PCHP)
serviços.

☐

Meu filho frequentou uma creche familiar licenciada (**indique o horário abaixo**).

___ por menos de 20 horas por semana

___ por mais de 20 horas por semana

☐

Meu filho frequentou um programa em um centro especializado (**indique as horas abaixo**).

___ por menos de 20 horas por semana

___ por mais de 20 horas por semana

☐

Meu filho frequentou **TANTO** uma creche familiar licenciada **QUANTO** um programa em um centro infantil. _____
(Indique as horas abaixo)

___ por menos de 20 horas por semana

___ por mais de 20 horas por semana

Definições:

Serviços de Envolvimento Coordenado da Família e da Comunidade (CFCE): programas locais que atendem famílias com crianças desde o nascimento até a idade escolar (por exemplo, grupos de brincadeiras entre pais e filhos, atividades para pais e filhos).

Programa de Visitas Domiciliares para Pais e Filhos (PCHP): programa modelo de visitas domiciliares financiado pelo Departamento de Educação Infantil e Cuidados.

Creche Familiar Licenciada: refere-se ao cuidado infantil licenciado pelo EEC em um ambiente coletivo em uma residência. Pode incluir o cuidado na casa de um membro da família, se o prestador de serviços for tanto um parente quanto um profissional de cuidados infantis licenciado pelo EEC, que presta cuidados a crianças de várias famílias.

Atendimento em Centros: refere-se ao cuidado de crianças em um ambiente de grupo, incluindo pré-escolas públicas e privadas, Head Start, creches e pré-escolas públicas integradas.