



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, ___ Outro

Planos e avaliações educacionais

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 Telephone: 978-356-2935 Fax: 978-356-0445

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 do contato principal. Já as mensagens de emergência serão enviadas para todos os números de telefone e endereços de e-mail dos contatos.

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 para o 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 Telephone: 978-356-2935

Fax: 978-356-0445

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	
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	
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: 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 sou hispânico nem latino.
- Sim, hispânico ou latino (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, escolha uma ou mais opções)

- Índio americano ou nativo do Alasca (pessoa com origem em qualquer um dos povos originários do Alasca)
América do Norte e do Sul, incluindo a América Central, e quem mantém afiliação tribal ou apego à comunidade)
- Ásia (uma pessoa com origens em qualquer um dos povos originários do Extremo Oriente, Sudeste Asiático ou da Ásia)
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 Pai/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: _____

1. Seus filhos têm algum familiar que seja ou tenha sido militar, o que os torna elegíveis para receber assistência?
sob o compacto? Sim _____ Não _____

2. Por favor, circule "sim" se alguma das seguintes opções se aplicar:

SIM NÃO Militares da ativa das Forças Armadas, da Guarda Nacional e da Reserva em serviço ativo.

SIM NÃO Membros ou veteranos que receberam baixa médica ou se aposentaram no último ano.

SIM NÃO Membros falecidos não incluídos acima

SIM NÃO Pessoal do Departamento de Defesa, civis de agências federais e funcionários contratados não definidos como ativo

obrigação.

Assinatura do Pai/Responsável: _____ Data: _____



Escolas Públicas de Ipswich

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

SOMENTE PARA O ENSINO MÉDIO

Departamento de Atletismo da Ipswich High School

Formulário de Elegibilidade/Transferência de Alunos

Nome do aluno: _____ Telefone principal: _____

Endereço: _____

E-mail: _____

Idade atual do aluno: _____ Data de

Aniversário: _____

Data de matrícula na Ipswich High School: _____

Nome da escola anterior: _____

Endereço da escola anterior: _____

Você tem interesse em participar do nosso programa de esportes?

SIM ____

NÃO ____

Se você respondeu "SIM", por favor, responda às seguintes perguntas.

1. Quais esportes você gostaria de praticar?

2. Quais eram os esportes/níveis praticados nas suas escolas anteriores?

3. Motivo para transferência para a Ipswich High School?

4. Você já repetiu algum ano escolar?

5. Você já faltou à escola regularmente?

Somente para uso interno: Este formulário deve ser encaminhado ao Diretor de Esportes.



Escolas Públicas de Ipswich

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

SOMENTE PARA O ENSINO MÉDIO

Divulgação de informações do aluno ao recrutador militar e/ou Recrutadores de faculdades/universidades

De acordo com a lei federal "No Child Left Behind" (Nenhuma Criança Deixada para Trás), as escolas públicas de ensino médio devem fornecer os nomes, endereços e números de telefone dos alunos às forças armadas dos EUA e aos recrutadores de faculdades/universidades, caso estes solicitem as informações. Os alunos ou seus pais têm o direito de instruir a escola por escrito para que suas informações pessoais NÃO sejam divulgadas.

Caso não concorde com a divulgação destas informações a recrutadores militares e/ou universitários, por favor, assinale a caixa apropriada abaixo.

Nome do aluno: _____

_____ NÃO divulgue informações de contato de alunos para RECRUTADORES MILITARES

_____ NÃO divulgue informações de contato de estudantes para RECRUTADORES DE FACULDADES/UNIVERSIDADES.

Assinatura do aluno ou do responsável**: _____ Data: _____

****Os alunos têm o direito de solicitar que suas informações de contato não sejam divulgadas a recrutadores. Os pais podem anular a decisão do filho, notificando a escola por escrito, SOMENTE se o aluno for menor de 18 anos.****

§7908. Acesso de recrutadores das Forças Armadas a informações de recrutamento de estudantes:

(a) Política.

(1) Acesso a informações de recrutamento de estudantes. Não obstante a seção 444(a)(5)(B) da Lei de Disposições Gerais sobre Educação [20 USCS §§ 1232g(a)(5)(B)] e exceto conforme previsto no parágrafo (2), cada agência educacional local que receber assistência sob esta Lei [20 USCS §§6301 et seq.] deverá fornecer, mediante solicitação feita por recrutadores militares ou uma instituição de ensino superior, acesso aos nomes, endereços e listas telefônicas de estudantes do ensino médio. (2) A lista telefônica

Consentimento. Um estudante do ensino médio ou o responsável legal do estudante pode solicitar que o nome, endereço e dados pessoais do estudante sejam fornecidos. descrita no parágrafo (1) não será divulgada sem o consentimento prévio por escrito dos pais, e a agência educacional local ou escola particular deverá notificar os pais sobre a opção de fazer uma solicitação e deverá atender a qualquer solicitação. (3)

Igual acesso aos alunos. Cada agência educacional local que receber assistência ao abrigo desta Lei [20 USCS §§ 6301 et seq.] deverá proporcionar aos recrutadores militares o mesmo acesso aos alunos do ensino secundário que é geralmente concedido às instituições de ensino superior ou aos potenciais empregadores desses alunos.

(b) Notificação. O Secretário, em consulta com o Secretário de Defesa, deverá, no prazo máximo de 120 dias após a data de promulgação da Lei Nenhuma Criança Deixada para Trás de 2001 [promulgada em 8 de janeiro de 2002], notificar os diretores, administradores escolares e outros educadores sobre os requisitos desta seção.

(c) Exceção. Os requisitos desta seção não se aplicam a uma escola secundária privada que mantenha uma objeção religiosa ao serviço nas Forças Armadas, se a objeção for verificável por meio dos documentos ou materiais corporativos ou organizacionais dessa escola.

(d) Regra especial. Uma agência educacional local proibida pela lei do Estado de Connecticut (seja explicitamente por lei ou por interpretação estatutária da Suprema Corte do Estado ou do Procurador-Geral do Estado) de fornecer aos recrutadores militares informações ou acesso conforme exigido por esta seção terá até 31 de maio de 2002 para cumprir esse requisito.



Ipswich Public Schools

Bem-vindos aos Serviços de Saúde da Escola Secundária/Ensino Médio de Ipswich

Por favor, preencha os formulários de Saúde Estudantil incluídos neste pacote. Além disso, inclua o seguinte:

- ☐ Comprovante atual (emitido no máximo um ano antes da data de matrícula) de exame físico realizado pelo médico de atenção primária do seu filho.
- ☐ Comprovante de vacinação atualizado (veja os requisitos abaixo). Para isenção de vacina, a documentação adequada deve estar arquivada antes da matrícula e deve ser renovada anualmente.
- ☐ Formulários adicionais são necessários para alunos que precisam de medicamentos controlados durante o período escolar. Entre em contato com a enfermeira da escola para obter esses formulários.

Requisitos de vacinação	
Tdap	1 dose com histórico de série primária de DTaP
Poliomielite	4 doses (a 4ª deve ser administrada após os 4 anos de idade)
Hepatite B	3 doses
MMR	2 doses; devem ser administradas a partir do primeiro aniversário; comprovação laboratorial de imunidade é aceitável.
Varicela	2 doses; devem ser administradas a partir do primeiro aniversário; histórico comprovado de varicela* ou evidência laboratorial de imunidade são aceitáveis.
Meningocócica	1 dose administrada a partir dos 10 anos de idade; segunda dose administrada a partir dos 16 anos de idade.

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

Ensino Fundamental II: (978) 356-3535, ramal 2257

Ensino Médio: (978) 356-3137, ramal 2157



Histórico de saúde do aluno

Nome do aluno: _____ Data de nascimento: _____ Nota: _____

Alergias: Se seu filho precisar de medicação de emergência para anafilaxia, entre em contato com a enfermeira da escola.		
Alergia	Reação	Tratamento

Condições de saúde: Marque todas as opções aplicáveis e descreva-as.			
☐ TDAH	☐ Problemas cardíacos		
☐ Asma ou Doença Respiratória	☐ Condição de saúde mental		
☐ Autismo	☐ Condição Neurológica		
☐ Distúrbio Sanguíneo	☐ Histórico Cirúrgico		
☐ Problemas intestinais/na bexiga	☐ Escoliose		
☐ Diabetes	☐ Distúrbio convulsivo		
☐ Deficiência auditiva ou visual	☐ Condição da pele		
☐ Outros:			
Comentários adicionais:			

Existe alguma condição que impeça seu filho de participar de aulas de educação física ou esportes?
Em caso afirmativo, descreva e forneça a documentação médica: _____

(Assinatura do Pai/Responsável)

(Data)

Nome impresso

Escolas Públicas de Ipswich
Atualização anual de saúde/Autorização para tratamento

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)	Pastilhas para tosse
☐ Sudafed (Fenilefrina)	☐ Midol (apenas para mulheres)
Xarope para tosse (Robitussin)	☐ Não administrar medicamentos de venda livre.
☐ Outro: _____	

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:** _____
Médio _____ **Alto** _____