

Escola: _____

ORANGE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Orlando, Florid

Número do aluno: _____

Nome do aluno : _____

Formulário de inscrição escolar

Data de recebimento: _____

Série: _____

Ano letivo 2023-2024

Nan Em escola pública de Orange County antes

Sim Não

Sobrenome (Legal)		Geração (JR, II)	Nome (Legal)		Segundo nome	Nome preferido	* SSN do aluno (opcional)
Enderneco residencial			Apt.	Cidade	/ZIP	Telefone principal	
Endereço de correspondência				Cidade	/ZIP	País/Responsável – Endereço de e-mail principal	
Tem serviço de Internet sem fio em casa? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>				Caso afirmativo, seu serviço sem fio é confiável o bastante para que todos os alunos em casa estejam on-line simultaneamente sem lentidão ao carregar páginas da web ou queda da conexão? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>			
Data de nascimento (mês/dia/ano)				O aluno é gêmeo, trigêmeo etc.		Local de nascimento (cidade/estado/país)	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Gênero	Categoria étnica federal	Categorias étnicas federais (marque todas as opções pertinentes)			Precisa receber comunicações em casa em um idioma diferente do inglês?	O estudante reside com (Selecione todas as que se apliquem)	
<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	<input type="checkbox"/> Não Hispânico/não latino <input type="checkbox"/> Hispânico /Latino	<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Índio americano/Nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Nativo do Havai ou de outras ilhas do Pacífico			<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Creole haitiano	<input type="checkbox"/> Ambos os paisEd <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> OCPS Responsável <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Outro/Pai ou mãe adotiva <input type="checkbox"/> Responsável legal	

OUTRAS CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR MORANDO NA CASA

Nome da criança (nome e sobrenome)	Relação com o aluno	Escola	Série	Nome da criança (nome e sobrenome)	Relação com o aluno	Escola	Série
1.				2.			
3.				4.			
5.				6.			

A residência é definida como o local onde os pais ou responsáveis têm uma casa real, fixa e permanente, para a qual tenham, quando ausentes, a intenção de voltar.

A residência dos pais ou responsáveis determina a residência do aluno. Indicadores comuns de residência são a propriedade da casa ou, na ausência disso, um aluguel residencial.

837.06 Declarações oficiais falsas. – Quem conscientemente fizer uma declaração escrita falsa para intencionalmente enganar um funcionário público no desempenho de seu dever oficial será culpado de uma contravenção de segundo grau punível conforme o disposto nas Seções 775.082 ou 775.083.

Isto certifica que todas as informações contidas neste formulário de registro são verdadeiras de acordo com o meu melhor conhecimento e crença. Estou ciente de que informações inadequadas podem ocasionar atraso na entrada. **A falsificação de informações ocasionará a perda da elegibilidade atlética e extracurricular do aluno por um (1) ano civil a partir da data da descoberta da violação**

Assinatura do Pai/Responsável

Data

Relação com o aluno

Assinatura do Pai/Responsável

Data

Relação com o aluno

INFORMAÇÕES ADICIONAIS DO ALUNO: Se responder “sim” a qualquer destas perguntas, a proficiência em inglês do aluno será testada.

1. Idioma: O aluno fala mais frequentemente um idioma que não seja o inglês? Não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Que idioma? _____	2. Idioma nativo: O aluno tem um idioma materno que não seja o inglês? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim Que idioma? _____
3. Idioma em casa: Outro idioma que não seja o inglês é falado em casa? Não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Que idioma? _____	4. Nascido fora dos Estados Unidos – Caso NÃO, insira N/A Data de primeira entrada na escola nos EUA : _____
De acordo com a Seção 1006.07 dos Estatutos da Flórida, as OCPS são obrigadas a fazer as perguntas de 5 a 8 abaixo.	
1. É identificado como aluno de educação especial ou tem um Programa de Educação Individual (IEP) ativo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	6. O aluno já foi preso, resultando em uma acusação formal? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
2. O aluno tem um plano 504 ativo (dificuldades de aprendizagem)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	7. O juizado de menores já adotou medidas contra o aluno ou aluna? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
3. O aluno já recebeu uma bolsa McKay? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	8. O aluno já foi encaminhado para serviços de saúde mental? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Caso sim, data: _____
4. O aluno já recebeu uma bolsa de estudos para capacitação da família? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	9. O aluno é pai ou mãe? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
5. O aluno já foi expulso anteriormente de uma escola? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Caso sim, data: _____ Escola (Nome/Município/Estado): _____	10. O pai/mãe/responsável é um trabalhador migratório na agricultura/ laticínios/pesca? e viajou para buscar/obter esse tipo de trabalho nos últimos 3 anos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

TRÊS ÚLTIMAS ESCOLAS QUE FREQUENTOU (Comece com a mais recente – Para matrícula em jardim de infância, favor, listar a pré-escola)

Tipo de escola	Nome da escola	Cidade, Estado	Anos que frequentou	Série
1 <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Educação domiciliar <input type="checkbox"/> Privada				
2 <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Educação domiciliar <input type="checkbox"/> Privada				
3. <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Educação domiciliar <input type="checkbox"/> Privada				

ALUNOS PELA PRIMEIRA VEZ NO JARDIM DE INFÂNCIA

Participação no programa antes do jardim de infância	
<input type="checkbox"/> (V) Pré-jardim de infância voluntário (VPK) em escola pública	Nome: _____
<input type="checkbox"/> (P) Fornecedor de escola pública (VPK) em fornecedor de escola privada	Nome: _____
<input type="checkbox"/> (D) Programa Pré-Jardim de Infância (VE-PK) para crianças com necessidades especiais	Nome: _____
<input type="checkbox"/> (H) Vantagem inicial Name:	<input type="checkbox"/> (N) Nenhuma

PESQUISA DE FAMÍLIA MILITAR PARA ALUNOS

<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Um dos pais é membro ativo nas forças armadas, incluindo membros da Guarda Nacional ou da Reserva em ordens de serviço ativo?
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Um dos pais é membro ou veterano das forças armadas e está gravemente ferido e clinicamente dispensado ou aposentado por um período de 1 ano após a dispensa médica ou aposentadoria?
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	O pai ou a mãe morreu em serviço nas forças armadas ou em até um ano após ter sido ferido ou ferida.

ORANGE COUNTRY PUBLIC SCHOOLS

Orlando, Flórida

Nome do aluno: _____

Informações de contato do aluno

Número do aluno: _____

INFORMAÇÕES AO PAI/MÃE/RESPONSÁVEL (Liste os pais ou responsáveis em ordem de prioridade de contato.)

Sobrenome (legal)		Nome (legal)		Nome do meio		Telefone profissional	
Residência		N.º Apt.	Cidade		Código postal	Número de telefone	Tel. celular
Pai/Mãe/Responsável – E-mail principal			O aluno será buscado na escola?		Documentação jurídica (ex.: custódia, ordem de restrição etc.)		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<small>Se não houver alerta legal: Digite "N/A" Forneça documentação de apoio</small>		
Pai/Mãe/Responsável			Relação com o aluno				
<input type="checkbox"/> Pai nomeado	<input type="checkbox"/> Responsável	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Madrasta	<input type="checkbox"/> Avô	<input type="checkbox"/> Tia	<input type="checkbox"/> Ed. OCPS	
<input type="checkbox"/> Responsável legal	<input type="checkbox"/> Ed. OCPS	<input type="checkbox"/> Responsável	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> Irmão	<input type="checkbox"/> Tio	<input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> Responsável/	<input type="checkbox"/> Progenitor substituto	<input type="checkbox"/> Responsável legal	<input type="checkbox"/> Avó	<input type="checkbox"/> Irmã	<input type="checkbox"/> Primo		
<input type="checkbox"/> Outro							
Sobrenome (legal)		Nome (legal)		Nome do meio		Telefone profissional	
Residência		N.º Apt.	Cidade		Código postal	Telefone residencial	Tel. celular
Endereço de e-mail principal			O aluno será buscado na escola?		Documentação jurídica (ex.: custódia, ordem de restrição etc.)		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<small>Se não houver alerta legal: Digite "N/A" Forneça documentação de apoio</small>		
Pai/Mãe/Responsável			Relação com o aluno				
<input type="checkbox"/> Pai/mãe	<input type="checkbox"/> Responsável nomeado	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Madrasta	<input type="checkbox"/> Avô	<input type="checkbox"/> Tia	<input type="checkbox"/> Ed. OCPS	
<input type="checkbox"/> Responsável legal	<input type="checkbox"/> Ed. OCPS	<input type="checkbox"/> Responsável	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> Irmão	<input type="checkbox"/> Tio	<input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> Responsável/	<input type="checkbox"/> Progenitor substituto	<input type="checkbox"/> Responsável legal	<input type="checkbox"/> Avó	<input type="checkbox"/> Irmã	<input type="checkbox"/> Primo		
<input type="checkbox"/> Outro							

UTROS CONTATOS –Relação

Sobrenome	Nome de batismo	Telefone de contato	O aluno será buscado na
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

837.06 Declarações oficiais falsas. – Quem conscientemente fizer uma declaração escrita falsa para intencionalmente enganar um funcionário público no desempenho de seu dever oficial será culpado de uma contravenção de segundo grau punível conforme o disposto nas Seções 775.082 ou 775.083.

Isto certifica que todas as informações contidas neste formulário de registro são verdadeiras de acordo com o meu melhor conhecimento e crença. Estou ciente de que informações inadequadas podem ocasionar atraso na entrada. **A falsificação de informações ocasionará a perda da elegibilidade atlética e extracurricular do aluno por um (1) ano civil a partir da data da descoberta da violação**

Assinatura de Pai/Mãe/Responsável

Data

Relação com o aluno

Assinatura de Pai/Mãe/Responsável

Data

Relação com o aluno



Informação do estudante

**Formulário de informações de saúde para
alunos e emergências – Ano letivo 2023-2024**

Número do aluno: _____

Sobrenome (legal)	Sufixo do nome	Nome (legal)	Nome do meio (legal)
Nome de escolha		Documentação jurídica (ex.: custódia, ordem de restrição etc.) Se não houver alerta legal: Digite "N/A" Forneça documentação de apoio	
Pai/Mãe/Responsável – E-mail principal	Gênero <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Data de nascimento	Telefone principal
Residência	N.º Apt.	Cidade	Código postal
Endereço de correspondência	N.º Apt.	Cidade	Código postal
Precisa de comunicação em outro idioma que não seja o inglês?			
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Creole haitiano <input type="checkbox"/> Vietnamita			
Medicamentos atualmente em uso (prescritos e com venda sem receita)			
Prontuário médico / Restrições físicas			
Alergias a medicamentos, alimentos ou outras substâncias.			
Medicações	Comida (Link do formulário de pedido de dieta - preencha e leve para a escola *)	Outras substâncias	

INFORMAÇÕES DO ALUNO

Número do aluno:

INFORMAÇÃO DOS PAIS/RESPONSÁVEIS (Liste os pais/responsáveis em ordem de prioridade de contato.)

Sobrenome	Nome de batismo	Relacionamento	Pode buscar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Residência	N.º Apt.	Cidade	Código postal
Telefone residencial	Tel. celular	Empregador	Telefone comercial

Sobrenome	Nome de batismo	Relacionamento	Pode buscar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Residência	N.º Apt.	Cidade	Código postal
Telefone residencial	Tel. celular	Empregador	Telefone comercial

CONTATOS ADICIONAIS NA PRÓXIMA PÁGINA

****É necessário apresentar o comprovante de endereço na secretaria da escola para que o endereço seja oficialmente atualizado no sistema.**

***Formulário de Pedido de Dieta- Os pais/guardiões devem preencher e assinar a frente do formulário na sua totalidade. Uma assinatura liberando informações médicas é necessária caso o médico precise ser contactado a respeito das dietas relacionadas à deficiências de saúde.**

Nome do aluno: _____

Número do aluno: _____

CONTATOS ADICIONAIS

Sobrenome	Nome de	Relacionamento	Telefone de	Custódia	Pode
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

No caso de um incidente ou emergência e eu não puder ser encontrado, eu(1) (1) concordo e solicito que os contatos adicionais listados acima sejam notificados sobre a condição do meu filho(a) e/ou sobre a resposta dos serviços médicos de emergência ao incidente

OPÇÃO DOS PAIS:

De acordo com o Estatuto da Flórida 1001.42, HB 1557: Um pai/mãe/responsável DEVE optar por serviços de saúde: O ficha de escolha DEVE ser preenchida para serviços clínicos e outros serviços de exame de saúde. Por meio desta, eu autorizo que esta criança participe dos seguintes serviços de saúde do OCPS: Por favor, circule sim ou não ao lado de cada serviço.

OPÇÃO	SERVIÇO	OPÇÃO	SERVIÇOS	OPÇÃO	SERVIÇO
SIM NÃO	Serviços de Clínica Escolar	SIM NÃO	Exame de visão	SIM NÃO	Exame Auditivo
SIM NÃO	Exame Diagnóstico de Escoliose	SIM NÃO	Crescimento & Desenvolvimento		

Serviços de Saúde Mental: As guias de aconselhamento de saúde mental podem ser fornecidas para serviços por meio de funcionários do OCPS ou parceiros comunitários. Esses encaminhamentos requerem o consentimento dos pais no momento dos serviços.

Instruções para preencher digitalmente o documento de opção:

1. Faça o login no Portal Pais do OCPS: <https://parents.classlink.com/ocps>
2. Preencha os Formulários de Consentimento dos Pais

No caso de uma EMERGÊNCIA, entendo que a escola terá acesso imediato ao sistema médico de emergência 911. Para agilizar o atendimento, dou minha permissão para que o pessoal da escola forneça informações médicas à equipe de emergência para iniciar o tratamento e o transporte para uma instalação apropriada. Eu dou minha permissão para que o pessoal médico apropriado e o pessoal da escola iniciem o tratamento imediatamente após a chegada às instalações apropriadas. Solicito ser notificado sobre o estado do meu filho(a) e admissão o mais rápido possível. Se eu não puder ser contatado(a), solicito que a instalação de admissão notifique uma das outras pessoas listadas acima sobre a condição e admissão de meu filho(a). Eu concordo em ser financeiramente responsável pelo tratamento total e transporte de meu filho(a).

Para crianças com IEP (Plano de Educação Individualizada) ou recebendo serviços relacionados a ESE (Educação do Estudante Excepcional), autorizo o Conselho Escolar de Orange County, Flórida, a liberar e trocar as informações confidenciais de meu filho(a) com agências do Estado da Flórida, o que permitiria às Escolas Públicas de Orange County verificar a elegibilidade do Medicaid, cobrar do Medicaid para referência de serviços reembolsáveis do Certified School Match no IEP do meu filho e receber reembolso do Medicaid para serviços de Educação do Estudante Excepcional (ESE) que se fornece ao meu filho(a) enquanto estiver na escola. Entendo que meu filho(a) continuará a receber os serviços mencionados em seu IEP, quer eu dê ou não o meu consentimento. Por favor, leve o cartão de Seguro Social do aluno ao cartório da escola para finalizar a autorização.

Ao assinar este formulário, aceito e reconheço os termos aqui contidos.

Pai/Mãe/Responsável: _____

Data: _____

*O Conselho Escolar de Orange County, Flórida, está autorizado a coletar números de Seguro Social (SSN) de alunos, conforme as Seções 1008.386 e 119.071(5)(a)6 dos Estatutos da Flórida. O fornecimento do SSN de um aluno no formulário de matrícula é opcional e não é requisito obrigatório para a matrícula no Distrito. Qualquer SSN fornecido em conexão com a matrícula será usado apenas para fins de pesquisa, relatório e registro. A coleta do SSN não será usada pelos serviços de imigração. Fornecer o SSN do aluno ao Conselho Escolar de Orange County, Flórida, para esses fins, significa que você consente com o uso do SSN do aluno da maneira descrita.

O Estatuto da Flórida, §837.06, estabelece que quem fizer conscientemente uma declaração escrita falsa para intencionalmente enganar um funcionário público no desempenho de seu dever oficial será culpado de uma contravenção de segundo grau.

(Este formulário é válido até o primeiro dia do próximo ano letivo ou um ano a partir da data de assinatura, o que for mais tarde.)

As respostas a este questionário sobre habitação ajudam a determinar a elegibilidade dos serviços que podem ser prestados de acordo com a lei federal McKinney-Vento Act, 42 U.S.C 11435. O programa McKinney-Vento oferece determinados direitos às famílias que estão passando por transição habitacional.

PREENCHA ESTE FORMULÁRIO SOMENTE SE VOCÊ ESTIVER PASSANDO POR TRANSIÇÃO HABITACIONAL. Transição habitacional pode significar que, devido a dificuldades financeiras, sua família está morando em um hotel, em casa hipotecada ou alugada, mas com infestação de insetos ou com outras condições que a tornem inadequada para habitação, em veículo, em abrigo ou morando com amigos e parentes sem um contrato de locação legal ou válido. Para mais informações sobre o que a lei McKinney-Vento Act abrange, acesse www.homeless.ocps.net.

INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA – OBSERVE QUE TODAS AS SEÇÕES DEVEM SER PREENCHIDAS

Nome do pai/mãe/responsável:			
Endereço atual do estudante à noite		Cidade/ZIP	
Há quanto tempo você está neste endereço?		Número de telefone	
		E-mail	
Você trabalha ou já trabalhou na agricultura, pesca, serraria ou com laticínios em alguma ocasião nos últimos 3 anos?		SIM	NÃO

Liste TODOS os estudantes da família (incluindo crianças na pré-escola) matriculados em QUALQUER escola OCPS.

Nome do estudante	Nº de identificação do estudante	M/F	Data de nascimento	Série	Escola


INFORMAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO HABITACIONAL TEMPORÁRIA – OBSERVE QUE TODAS AS SEÇÕES DEVEM SER PREENCHIDAS

Marque somente UMA opção, correspondente à sua situação:

- Morando com outro parente ou amigo devido a dificuldades financeiras e não possuo contrato de locação válido. (B)
 - Dormindo em motel ou hotel devido a dificuldades financeiras ou impossibilidade de encontrar habitação permanente a preço acessível. (E)
 - Dormindo em veículo, estacionamento para trailer ou área de acampamento, construção abandonada ou em outro tipo inferior de moradia. (D)
 - Morando em abrigo transitório ou emergencial. (A)
 - Aluguel ou casa própria com contrato válido, *mas*, devido a dificuldades financeiras, a casa está inabitável (sem cama/cozinha, com insetos, vazamentos, etc.). (D)
- Se as opções acima não se aplicam, descreva onde o estudante passou recentemente as noites: _____

Marque somente UMA opção, correspondente à causa de sua situação habitacional:

- Dificuldades econômicas **devido à pandemia da COVID** (doença, perda do emprego, etc.) que resultaram na perda da casa. (P)
 - Dificuldades econômicas ou outras circunstâncias (**NÃO relacionadas à pandemia da COVID**), como a falta de moradia a preço acessível, situação de pobreza que perdura há muito tempo, desemprego, preocupações de saúde, violência doméstica, etc. (N)
 - Execução de hipoteca (M)
 - Perdemos nossa casa em um desastre natural (furacão, enchente, incêndio, etc.) e não temos para onde ir. Indique aqui o tipo de desastre natural: _____ (E, F, H, S, T ou W)
 - Perdemos nossa casa em desastre causado por conduta humana (mofo, liberação de gás venenoso, etc.) e não temos para onde ir (D)
- Se as opções acima não se aplicam, descreva a causa da sua situação habitacional temporária: _____

Continue a preencher o questionário sobre habitação na próxima página 

JOVEM DESACOMPANHADO SEM MORADIA (UHY):**O estudante matriculado:**

Está morando com pai/mãe ou responsável
Não está morando com pai/mãe ou responsável,
nem com um adulto que atue como pai/mãe do
estudante, conforme definido no s. 1000.21(5),
Florida Statutes.

Não está morando com pai/mãe ou responsável, mas
morando com outro adulto.

Nome do cuidador: _____

Telefone do cuidador: _____

Relação com o estudante: _____

O(A) abaixo-assinado(a) confirma que as informações prestadas são corretas até onde ele(a) sabe.

Observe que o Florida Statutes 837.06 estabelece que o indivíduo que fizer uma declaração falsa intencionalmente, por escrito, com o intuito de enganar um funcionário público no exercício de seu ofício, incorrerá em contravenção agravada.

Assinatura da pessoa que preencheu este formulário

Nome da pessoa que preencheu este formulário em letra de imprensa

Data

Indique a função da pessoa que preencheu este formulário.

*Pai/mãe ou responsável ou jovem desacompanhado(a)
Cuidador do(a) jovem*

*Membro da equipe OCPS em nome do estudante
Agência local em nome da família (indique a agência):*

DIREITOS SEGUNDO A LEI MCKINNEY-VENTO ACT

Os estudantes qualificados de acordo com a lei McKinney-Vento Act têm direito ao seguinte:

- **Matrícula imediata (mesmo se não tiver comprovação de residência ou outros documentos e estiver no processo para obtê-los).**
- **Refeições gratuitas na escola.**
- **Estabilidade escolar, com a opção de permanecer na escola de origem (última escola frequentada) e com o padrão de alimentação da escola anterior durante a transição habitacional.**
- **Transporte até a escola, se o local de habitação atual estiver a mais de 2 milhas de distância.**
- **Tais direitos valem para o presente ano letivo. Se o estudante continuar enfrentando uma transição habitacional após o dia 1 de julho de 2024, preencha este questionário novamente para o ano letivo 2024-2025.**
- **Para os estudantes matriculados no VPK ou Kindergarten na primavera de 2023, será preciso preencher este formulário novamente após o dia 1 de julho de 2023 para se qualificarem para o ano letivo 2023-2024.**

Apoios educacionais adicionais dependem da disponibilidade de doadores generosos. Entre em contato com a assistência social da sua escola para obter mais informações.

Para mais informações sobre o programa McKinney-Vento e os direitos que a lei federal McKinney-Vento Act abrange, entre em contato pelo telefone 407-317-3485 ou pelo e-mail helphomeless@ocps.net.

SOMENTE PARA A EQUIPE OCPS:

Todos os formulários do questionário sobre a habitação de estudantes (SRQ, Student Residency Questionnaire) devem ser apresentados à secretária da escola e enviados por e-mail para MVPSRQ@ocps.net. Cópias dos SRQs devem ser mantidas em um arquivo mestre na escola. Para outras dúvidas, envie um e-mail para helphomeless@ocps.net ou ligue 407-317-3485.



ORANGE COUNTY PUBLIC SCHOOLS

Orange County
Public Schools

Autorização para liberação de informações
Ano letivo 2023-2024

Data:

Número do aluno:

A quem possa interessar:

O aluno abaixo foi matriculado em nossa escola. Envie todos os registros, incluindo notas, cursos realizados, pontuação de testes, educação especial, dados psicológicos, Programa de Educação Individual (IEP) atual, registros de saúde e datas de imunização. Além disso, inclua todas as notas obtidas neste ano letivo e/ou notas de saída, se houver.

Informações de identificação			
Nome do aluno		Data de nascimento	
_____	_____	_____	
Primeiro nome	Nome do meio	Sobrenome	
Nome dos pais/responsáveis		Telefone	
Nome da última escola frequentada			
Endereço completo da última escola frequentada			
_____	_____	_____	_____
Rua	Cidade	Estado	Código postal
_____	_____	_____	
Telefone	Fax		
Envie os registros solicitados para			

Assinatura de pai/mãe/responsável

Data :

Diretor ou funcionário de cadastro

O consentimento prévio por escrito dos pais ou responsáveis pelo aluno **não** é necessário para a transferência de registros para escolas nas quais o aluno busca ou pretende se matricular.

1ª solicitação

2ª solicitação

3ª solicitação

O Conselho Escolar de Orange County, Flórida, não discrimina a admissão ou acesso a, ou tratamento ou emprego em seus programas e atividades, com base em raça, cor, religião, idade, sexo, origem nacional, estado civil, deficiência, informação genética ou qualquer outro motivo vedado por lei.

A Coordenadora da ADA e Supervisora de Igualdade de Oportunidades de Emprego (EEO): Carianne Reggio; a Coordenadora da Seção 504: Beverly Knestrick e o Coordenador do Título IX: Gary Preisser (407.317.3200) atendem a questões de conformidade no Centro de Liderança Educacional Ronald Blocker, 445 W. Amelia Street, Orlando, Flórida 32801.

Nome do aluno:

Número do aluno:

O aluno matriculado pretende participar de atividades extracurriculares?

Nesse caso, marque abaixo as atividades extracurriculares em que o aluno está interessado:

Isso permitirá que a escola conecte o aluno à equipe apropriada.

Esportes de outono:

- Boliche
- Líder de torcida (espírito)
- Cross Country
- Futebol
- Golfe
- Natação e Mergulho
- feminino Voleibol

Esportes de inverno:

- Basquetebol
- Líder de torcida de competição
- Futebol
- Halterofilismo feminino
- Luta livre

Esportes de primavera:

- Basebol
- Flag Football
- Lacrosse
- Softbol
- Tênis
- Track & Field
- Voleibol masculino
- Polo aquático
- Levantamento de peso masculino
- Vôlei de praia

Artes cênicas Programa de Treinamento para Oficiais da Reserva Júnior (JROTC)

- Coral
- Teatro
- Banda/Banda marcial Orquestra

DISTRIBUIÇÃO OCPS

1. Diretor atlético

. Diretor de Banda/Orquestra/Coral

3. Comandante JROTC



SERVIÇOS MULTILÍNGUES PARA EDUCAÇÃO ESCOLAR
Inglês para falantes de outras línguas (ESOL)

CARTA DE DIREITOS DOS PAIS

COMPROMISSO DA FLÓRIDA COM TODOS OS ALUNOS DE LÍNGUA INGLESA

Nome do aluno:	ID do aluno	Data:	Série:
Escola:	Data de entrada na escola nos EUA:	Data original de entrada:	

1. Idioma: O aluno fala mais frequentemente um idioma que não seja o inglês? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Que idioma?	2. Idioma materno: O aluno tem um idioma materno que não seja o inglês? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Que idioma? _____
3. Idioma em casa: Fala-se outro idioma que não seja o inglês em casa? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Que idioma?	4. Nascido fora dos Estados Unidos – Caso NÃO, insira N/A

Todas as escolas da Flórida têm o compromisso de proporcionar um programa educacional de qualidade para todos os alunos. As escolas públicas da Flórida devem garantir que os alunos cuja idioma materno seja outro que não o inglês tenham igual acesso a todos os programas e serviços e que recebam instruções compreensíveis. As atividades a seguir devem ocorrer durante esse processo de matrícula, avaliação e alocação.

Pesquisa de idioma falado em casa: No momento da matrícula, todos os alunos (pais/responsáveis) devem responder a uma pesquisa sobre o idioma em casa. Isso é feito para que seu filho seja colocado no programa educacional mais apropriado para garantir o sucesso acadêmico e cumprir a Lei Estadual da Flórida. (Seção 233.058, 228.093, Estatuto da Flórida, Seção I, 1990 LULAC et al. vs. Decreto de Consentimento do Conselho Estadual de Educação, e Regras 6A-6.0901 e 6A-6.0902, FAC)

Avaliação de idioma: Se a pesquisa indicar que um idioma que não o inglês é falado em casa, o aluno será avaliado para determinar seu nível de proficiência na língua inglesa e para determinar um programa educacional apropriado. Se marcou sim em mais de uma pergunta na **Pesquisa de Idioma falado em casa, seu filho será colocado temporariamente em um programa de aprendizagem de inglês (ELL), pendente de teste de proficiência no idioma.**

Alocação no programa instrucional: Com base nos resultados da avaliação de idioma, os alunos devem receber instruções compreensíveis e ser colocados em um programa educacional apropriado. Cada distrito proporcionará uma série de serviços com base na implantação específica do programa na escola.

Notificação aos pais: Os pais devem receber cartas, notificações e informações da escola em um idioma que entendam, a menos que isso seja claramente inviável, para garantir o consentimento informado dos pais e acesso significativo ao programa educacional. Assim que os resultados do teste de proficiência no idioma forem recebidos, você será notificado sobre se seu filho permanecerá ou não no Programa ELL. A alocação definitiva do aluno deve ser determinada no prazo de 30 dias após a entrada na escola.

Conselho de Liderança para Pais: Cada distrito deve providenciar reuniões de aconselhamento aos pais para que estes tenham a oportunidade de participar do processo de desenvolvimento do programa educacional.

Critério de saída: Os alunos sairão dos serviços da ESOL quando atenderem aos critérios de saída estabelecidos pelo Estado quanto ao inglês para determinar a proficiência em compreensão e expressão oral, leitura e escrita. Os alunos recebem avaliação anual de inglês para determinar o progresso e/ou a aptidão para sair do programa.

Assinatura de pai/mãe/responsável

Data

Branco: Portfólio ESOL
Amarelo: Pai/mãe

Uma Agência de Igualdade de Oportunida