

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.

<p>1. Idioma: O aluno fala mais frequentemente um idioma que não seja o inglês? Não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Que idioma? _____</p>	<p>2. Idioma nativo: O aluno tem um idioma materno que não seja o inglês? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim Que idioma? _____</p>
<p>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? _____</p>	<p>4. Nascido fora dos Estados Unidos – Caso NÃO, insira N/A Data de primeira entrada na escola nos EUA : _____</p>
De acordo com a Seção 1006.07 dos Estatutos da Flórida, as OCPS são obrigadas a fazer as perguntas de 5 a 8 abaixo.	
<p>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</p>	<p>6. O aluno já foi preso, resultando em uma acusação formal? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>
<p>2. O aluno tem um plano 504 ativo (dificuldades de aprendizagem)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>7. O juizado de menores já adotou medidas contra o aluno ou aluna? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>
<p>3. O aluno já recebeu uma bolsa McKay? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>8. O aluno já foi encaminhado para serviços de saúde mental? Caso sim, data: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>
<p>4. O aluno já recebeu uma bolsa de estudos para capacitação da família? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>9. O aluno é pai ou mãe? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>
<p>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): _____</p>	<p>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</p>

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 contatado 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.)