



# Wachusett Regional School District

*Holden, Paxton, Princeton, Rutland, Sterling*

## Protocolo de Residência e Inscrição

Para frequentar as escolas do Distrito Escolar Regional de Wachusett, o aluno deve residir em uma das cinco cidades: Holden, Paxton, Princeton, Rutland ou Sterling. Presume-se que a residência da criança menor de idade seja a residência legal e principal do(s) pai(s) ou responsável(is) que detêm a guarda física da criança.

“**Residência**” é o lugar primário onde uma pessoa mora permanentemente, não temporariamente, e é o lugar que é o centro de sua vida doméstica, social e cívica. A residência temporária em qualquer uma das cidades incluídas no Distrito, exclusivamente com o propósito de frequentar as escolas do Distrito de Wachusett, não será considerada residência.

Ao determinar a residência, o Distrito Escolar Regional de Wachusett reserva-se o direito de solicitar uma variedade de documentação e conduzir uma investigação sobre onde o aluno realmente reside. Como a residência pode mudar para os alunos e suas famílias durante o ano acadêmico, o Distrito Escolar Regional de Wachusett pode continuar a verificar a residência após o início das aulas.

### **Verificação**

Antes que qualquer criança seja designada ou convidada a frequentar uma escola no Distrito Escolar Regional de Wachusett, seus pais ou responsável legal devem fornecer um item de cada coluna na tabela a seguir como comprovante de residência principal. Os pedidos de inscrição não podem ser processados sem estes documentos.

<b>Coluna A (deve fornecer um)</b>	<b>Coluna B (deve fornecer um)</b>	<b>Coluna C (deve fornecer um)</b>
<b>Comprovante de Residência</b>	<b>Comprovante de Ocupação</b>	<b>Comprovante de Identificação</b>
Registro de pagamento recente de hipoteca e/ou conta do imposto predial	Conta recente datada dos últimos 60 dias mostrando endereço na WRSD	Carteira de Habilitação
Cópia do contrato de locação e registro de pagamento recente do aluguel	Conta de Gás	Documento de Identificação com Foto Válido em MA
Declaração do Locador e pagamento recente do aluguel	Conta de Petróleo	Passaporte Válido
Acordo da Seção 8	Conta de Energia	
	Conta de telefone residencial (não de celular)	
<b><u>Para toda nova construção</u></b> , deve providenciar um Certificado de Ocupação	Conta de TV a Cabo	
	Conta de Imposto de Consumo	

**Maiores Esclarecimentos:**

Qualquer aluno que tenha uma residência dividida devido à custódia física conjunta, terá uma matrícula concedida no Distrito e/ou será autorizado a permanecer com prova de que a criança esteja vivendo pelo menos 50% do tempo dentro do Distrito. Um documento do tribunal que faça referência à custódia 50/50 verificará a situação de vida da criança.

**Esta política de residência não se aplica aos alunos sem-teto.**

Qualquer família que seja capaz de fornecer os comprovantes de residência exigidos pode baixar o formulário de inscrição e outros documentos pertinentes, preenchê-los totalmente e marcar uma consulta diretamente com a escola na qual a criança será matriculada.

Se suas circunstâncias pessoais o impossibilitarem de fornecer o comprovante de residência exigido, consulte o Gerente de Serviços ao Aluno no Escritório Central, 1745 Main Street, Jefferson, Massachusetts 508-829-1670, ramal 237.

Se você compartilha moradia com um amigo ou parente, você pode usar a declaração juramentada de inquilinato do proprietário/locatário para cumprir uma das exigências de comprovação de residência. A pessoa com quem você está morando deve preencher a declaração de residência para confirmar sua residência. Se você estiver residindo temporariamente com um amigo ou parente devido a dificuldades econômicas, perda de moradia, ou uma razão semelhante, você pode se qualificar como desabrigado sob a Lei Nenhuma Criança Deixada para Trás. As famílias desabrigadas não são obrigadas a apresentar a mesma prova de residência. Favor entrar em contato com o Gerente de Serviços ao Aluno no Escritório Central, 1745 Main Street, Jefferson, Massachusetts 508-829-1670, ramal 237 para obter assistência no registro de seu filho(a).

**Penalidades**

As famílias que forem consideradas em violação da política de residência enfrentarão penalidades severas, inclusive:

- Dispensa imediata da escola
- Multas diárias pelos serviços educacionais e afins acessados como não-residente, que se baseiam no número de dias que o aluno frequentou a escola e na média de custo por aluno para o distrito
- Possível ação legal

Os seguintes documentos devem ser preenchidos na íntegra. Em seguida, pode ser feita uma consulta com a escola para apresentar os documentos completos para consideração e matrícula.



# Wachusett Regional School District

Holden, Paxton, Princeton, Putland, Sterling

## INSCRIÇÃO DO ALUNO

### Informações do Aluno (letra de forma)

Nome: \_\_\_\_\_  
*Sobrenome* *Nome* *Nome do Meio*

Nome Preferido: \_\_\_\_\_ Telefone Primário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nasc.: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_ Local de Nasc.: \_\_\_\_\_

Escola que seu filho frequentará: \_\_\_\_\_ Data de Início: \_\_\_\_\_

Série de Entrada: \_\_\_\_\_

Escola Anterior: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço da Escola Anterior: \_\_\_\_\_  
*Rua* *Cidade* *Estado* *Código Postal*

### Endereço Residencial

Rua, Apto/Suíte: \_\_\_\_\_

Cidade, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

### Informações de Correspondência

Rua, Apto/Suíte: \_\_\_\_\_

Cidade, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

### Informações Adicionais de Correspondência

Nome, Cidade, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

### Informações Adicionais

Existe documentação no que se refere a um status de separação/divórcio e direitos de custódia?  Sim  Não

O aluno está sob guarda provisória da Divisão de Serviços Sociais de Massachusetts?  Sim  Não

O aluno é considerado "Ward of the Court" (guarda do estado)?  Sim  Não

### Informações Federais sobre Etnia e Raça

O aluno é Hispânico ou Latino?  Sim  Não

Raça do Aluno:  (A) Asiático  (B) Negro / Afro-americano  (I) Indígena Americano / Nativo do Alasca

(P) Nativo do Havaí / Outra Ilha do Pacífico  (W) Branco

Nome do Aluno: \_\_\_\_\_

**Informações da Família (letra de forma)**O Aluno Reside com:  Pais  Mãe  Pai  Tutor  OutroOs Pais Estão:  Juntos  Separados  Divorciados  FalecidosUm dos pais ou tutores esteve em serviço militar ativo dentro do último ano? (Opcional)  Sim  Não

Pai/Mãe _____	Pai/Mãe _____
Telefone Residencial _____	Telefone Residencial _____
Celular _____	Celular _____
E-mail _____	E-mail _____
Empregador _____	Empregador _____
Telefone Comercial _____	Telefone Comercial _____

Padrasto/Madrasta \_\_\_\_\_

Padrasto/Madrasta \_\_\_\_\_

Tel. Residencial do Padrasto/Madrasta: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial do Padrasto/Madrasta: \_\_\_\_\_

Celular do Padrasto/Madrasta: \_\_\_\_\_

Celular do Padrasto/Madrasta: \_\_\_\_\_

E-mail do Padrasto/Madrasta: \_\_\_\_\_

E-mail do Padrasto/Madrasta: \_\_\_\_\_

Empregador do Padrasto/Madrasta: \_\_\_\_\_

Empregador do Padrasto/Madrasta: \_\_\_\_\_

Tel. Comercial do Padrasto/Madrasta: \_\_\_\_\_

Tel. Comercial do Padrasto/Madrasta: \_\_\_\_\_

Outro Tutor \_\_\_\_\_

Outro Tutor \_\_\_\_\_

Telefone Residencial de Outro Tutor: \_\_\_\_\_

Telefone Residencial de Outro Tutor: \_\_\_\_\_

**Informações de Contato de Emergência (outro que não seja pai/mãe)**

Contato de Emergência 1: \_\_\_\_\_ Relação: \_\_\_\_\_

Telefone do Contato de Emergência 1: \_\_\_\_\_  Trabalho  Residência  Celular

Contato de Emergência 2: \_\_\_\_\_ Relação: \_\_\_\_\_

Telefone do Contato de Emergência 2: \_\_\_\_\_  Trabalho  Residência  Celular

Médico: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Condição Médica: \_\_\_\_\_

**Informações sobre o Mensageiro Escolar**

*O Mensageiro Escolar é um sistema automatizado de notificação por telefone usado pelas escolas para entrar em contato com os pais em caso de cancelamentos ou atrasos devido ao mau tempo, bem como eventos importantes na escola ou no distrito. As notificações serão entregues ao número de telefone principal listado na primeira página do formulário de inscrição.*

Assinatura do Pai/Mãe/Tutor \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_



# Wachusett Regional School District

Holden, Paxton, Princeton, Rutland, Sterling

## Pesquisa Sobre Idioma na Residência

Nome da Escola: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

As leis estaduais e federais exigem que todas as escolas determinem o(s) idioma(s) falado(s) na casa de cada aluno para identificar suas necessidades linguísticas específicas. Esta informação é essencial para que as escolas forneçam instruções relevantes para todos os alunos. **Se um idioma diferente do inglês for falado na casa, o Distrito deverá fazer uma avaliação adicional de seu filho(a).** Ajude-nos a atender esse importante requisito respondendo às perguntas a seguir com precisão. Agradecemos a sua ajuda.

### Informações do Aluno

Primeiro Nome \_\_\_\_\_ Nome do Meio \_\_\_\_\_ Sobrenome \_\_\_\_\_  F  M Gênero  
País de Nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Data de Nasc. (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 1ª matrícula QUALQUER Escola nos EUA (mm/dd/aaaa)

### Informações da Escola

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Início na Nova Escola (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ Nome da Escola Anterior e Cidade \_\_\_\_\_ Série Atual \_\_\_\_\_

### Perguntas para Pais/Tutores

Qual é o idioma nativo de pai/mãe/tutor? (Circule uma opção)

\_\_\_\_\_ mãe / pai / tutor  
\_\_\_\_\_ mãe / pai / tutor

Quais idiomas são falados com seu filho(a) (inclua parentes – avós, tios, tias, etc. – e cuidadores)

\_\_\_\_\_ raramente / às vezes / frequentemente / sempre  
\_\_\_\_\_ raramente / às vezes / frequentemente / sempre

Qual idioma seu filho entendeu e falou primeiro?

\_\_\_\_\_

Qual idioma você mais usa com seu filho(a)?

\_\_\_\_\_

Quais outros idiomas seu filho(a) conhece? (circule todas as opções que se aplicam)

\_\_\_\_\_ fala / lê / escreve  
\_\_\_\_\_ fala / lê / escreve

Quais idiomas seu filho usa? (Circule uma opção)

\_\_\_\_\_ raramente / às vezes / frequentemente / sempre  
\_\_\_\_\_ raramente / às vezes / frequentemente / sempre

Você precisará das informações por escrito da escola em seu idioma nativo?

Sim  Não

Você precisará de um intérprete/tradutor nas reuniões de Pais e Professores?

Sim  Não

Assinatura do pai/mãe/tutor:

x \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Data de hoje (mm/dd/aaaa)



# Wachusett Regional School District

Holden, Paxton, Princeton, Rutland, Sterling

## SOLICITAÇÃO DE REGISTROS DO ALUNO

A QUEM POSSA INTERESSAR:

Por meio deste, autorizo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

a encaminhar os registros especificados abaixo e pertencentes a:

Nome do Aluno \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_

- Transcrição de registros
- Pontuações em testes padronizados
- Histórico de Saúde (incluindo imunizações)
- Programa de Educação Individualizado e avaliações relacionadas
- Outras informações de orientação disponíveis (ou seja, avaliações de professores/orientadores, atividades extracurriculares, etc.)
- Registro Disciplinar
- Aprendiz do Idioma Inglês (Informações de ELL)
- Outro (especifique) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura do Pai/Mãe Tutor ou Aluno \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Enviar para a escola a ser matriculado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR REGIONAL DE WACHUSETT**  
**HISTÓRICO DE DESENVOLVIMENTO DO JARDIM DE INFÂNCIA**

Nome do Aluno \_\_\_\_\_  Masc.  Fem.  
Sobrenome Primeiro Nome Nome do Meio

Endereço Residencial \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Local de Nascimento \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_

Você acha que seu filho teve algum atraso para realizar qualquer uma das seguintes ações?

Sentar	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Aprender a usar o banheiro	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Engatinhar	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Alimentar-se	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Andar	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Parto Prematuro	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Usar palavras simples	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Parto Normal	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Usar frases completas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Comentários: _____	

Seu filho(a) frequentou o maternal? Sim  Não  Onde? \_\_\_\_\_ Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

*As questões a seguir referem-se a problemas em áreas como audição, visão, fala, linguagem e desenvolvimento físico, intelectual, social e emocional.*

Você tem algum motivo para suspeitar que seu filho(a) possa precisar de serviços ou considerações especiais em seu ambiente escolar ou currículo? Sim  Não  Se sim, explique: \_\_\_\_\_

Seu filho(a) já foi avaliado por alguma condição ou problema que possa ter relação com o desempenho escolar? Sim  Não  Se sim, explique: \_\_\_\_\_

As recomendações foram cumpridas? Sim  Não  Se sim, explique: \_\_\_\_\_

As informações sobre esta avaliação e/ou tratamento estariam disponíveis para a equipe apropriada da escola? Sim  Não

Se sim, forneça o(s) nome(s) e endereço(s) da(s) pessoa(s) ou agência(s) de quem essas informações podem ser obtidas:

Seu filho(a) está atualmente matriculado em algum programa escolar especial? Sim  Não

Se sim, explique: \_\_\_\_\_

Que palavras melhor descrevem seu filho(a)?

<input type="checkbox"/> tímido	<input type="checkbox"/> autoconfiante	<input type="checkbox"/> cooperativo
<input type="checkbox"/> feliz	<input type="checkbox"/> ciumento	<input type="checkbox"/> carinhoso
<input type="checkbox"/> excitável	<input type="checkbox"/> nervoso	<input type="checkbox"/> negativo
<input type="checkbox"/> conversador	<input type="checkbox"/> outro _____	

Qual mão seu filho prefere?  direita  esquerda

Que palavras melhor descrevem os sentimentos de seu filho(a) em relação à escola?

<input type="checkbox"/> entusiasmado	<input type="checkbox"/> ansioso	<input type="checkbox"/> medroso	<input type="checkbox"/> feliz
<input type="checkbox"/> indiferente	<input type="checkbox"/> apreensivo	<input type="checkbox"/> outro _____	

A fala de seu filho(a) é facilmente compreendida por estranhos? \_\_\_\_\_

Ele/ela tem dificuldades de fala? \_\_\_\_\_

Seu filho(a) tem algum medo, como:

<input type="checkbox"/> trovões	<input type="checkbox"/> ficar sozinho
<input type="checkbox"/> escuro	<input type="checkbox"/> cães ou outros animais
<input type="checkbox"/> barulhos	<input type="checkbox"/> outro _____

Seu filho(a) tem algum problema especial?

- visão  audição  comer  
 roer unhas  chupar dedo  xixi na cama  
 fala  teimosia  birras  
 "acidentes" nas calças  alergias ambientais (pólen, etc.)  
 outro, se sim, liste \_\_\_\_\_

Seu filho(a) tem alguma condição física que o impeça de participar de um programa ativo no jardim de infância?

Sim  Não  Se sim, explique: \_\_\_\_\_

Seu filho(a) brinca com:

- irmão/irmã  sozinho  crianças menores  
 crianças maiores  crianças da vizinhança  um amigo próximo

Seu filho(a) já teve alguma dessas experiências?

- biblioteca  parque público  praia  
 viagem de avião  viagem de ônibus  banco  
 acampamento  viagem de trem  outro \_\_\_\_\_

Seu filho(a) consegue:

- estalar os dedos  usar zíper  abotoar  
 amarras cadarços  vestir-se  ficar de boa vontade com um parente  
 ficar de boa vontade com uma babá  ir ao banheiro sozinho  ficar de boa vontade com outras pessoas

Seu filho(a) usa em casa:

- tesoura  giz-de-cera  pasta ou cola  
 quebra-cabeças  lápis  tinta  
 argila  blocos  livros

Experiências Escolares Anteriores:

- Head Start  ensino religioso  nenhum  
 Maternal, onde e por quanto tempo? \_\_\_\_\_

Descreva brevemente a experiência de maternal/pré-escola de seu filho(a): \_\_\_\_\_

Você autoriza que façamos contato com a pré-escola de seu filho(a)? \_\_\_\_\_

Seu filho(a) é capaz de:

- identificar cores  escrever seu nome  contar até 10  
 contar até mais de 10  identificar números de 1 a 10  contar objetos até 10  
 identificar números de 10 a 20  identificar as letras do alfabeto  contar objetos até 20  
 ouvir e seguir direções  identificar formas  guardar suas coisas
- concluir tarefas começadas  dizer seu nome completo  dizer seu número de telefone  
 ocupar-se em brincadeira silenciosa  distinguir esquerda e direita  sentar e ouvir uma história  
 dizer seu endereço

Agradecemos por dedicar seu tempo para nos proporcionar essas informações. Sua cooperação é apreciada. Se houver qualquer outra informação que você acha que a escola deve saber, por favor, anote-a na parte inferior desta folha:

Informações fornecidas por:

Assinatura do Pai/Mãe/Tutor

Relação com o Aluno  
NÃO ESCREVA ABAIXO DESTA LINHA

Data

SÉRIE \_\_\_\_\_ CERTIDÃO DE NASCIMENTO VERIFICADA \_\_\_\_\_ INICIAIS DA ENFERMEIRA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_



Nome da Criança: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_

**Marque as opções abaixo que se aplicam ao seu filho(a):**

**SAÚDE GERAL:**

Hospitalizações/Operações? \_\_\_\_\_

Sob cuidados de especialista? \_\_\_\_\_

Usa medicamentos regularmente? Sim/Não

Se sim, por que faz uso do medicamento?

\_\_\_\_\_

Restrições físicas? \_\_\_\_\_

Dorme bem? \_\_\_\_\_

Bom apetite? \_\_\_\_\_

Acidentes/fraturas/lesões? \_\_\_\_\_

Explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALERGIAS:**

Alimento: \_\_\_\_\_

Abelhas: \_\_\_\_\_

Látex: \_\_\_\_\_

Eczema: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Glúten: \_\_\_\_\_

Sazonal: \_\_\_\_\_

Epi-Pen prescrita: \_\_\_\_\_

Explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RESPIRATÓRIO:**

Asma? \_\_\_\_\_

Uso regular de inalador? \_\_\_\_\_

Uso de nebulizador? \_\_\_\_\_

Explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IMUNIZAÇÕES:**

Atualizadas: \_\_\_\_\_

Exceções vacinas atrasadas: \_\_\_\_\_

Explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OUVIDOS, NARIZ, GARGANTA:**

Infecções de ouvido frequentes? \_\_\_\_\_

Questões de audição/fala? \_\_\_\_\_

Tubos auditivos? \_\_\_\_\_

Garganta inflamada frequente? \_\_\_\_\_

Sangramento nasal frequente? \_\_\_\_\_

Questões dentárias? \_\_\_\_\_

Explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**URINÁRIO/GASTROINTESTINAL:**

Infecções de urina frequentes: \_\_\_\_\_

Dor ao urinar: \_\_\_\_\_

Dor ao evacuar: \_\_\_\_\_

Problemas de constipação: \_\_\_\_\_

Dor de estômago frequente: \_\_\_\_\_

Intolerância Alimentar: \_\_\_\_\_

Limpar-se no banheiro independentemente? Sim/Não

Explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PELE:**

Irritações frequentes: \_\_\_\_\_

Eczema: \_\_\_\_\_

Urticária: \_\_\_\_\_

Explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OLHOS:**

Usa óculos/lentes de contato: \_\_\_\_\_

Acompanhado por oftalmologista por questões de visão: \_\_\_\_\_

Se sim, nome do médico: \_\_\_\_\_

Exame de visão encaminhado pela escola: \_\_\_\_\_

**CARDIOVASCULAR:**

Problemas anteriores/atuais de coração: \_\_\_\_\_

Acompanhado por cardiologista: \_\_\_\_\_

Explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OSSOS:**

Reclamações de dores na perna, braço, costas ou articulações: \_\_\_\_\_

Problemas de coluna, escoliose: \_\_\_\_\_

Questões de quadril/manca: \_\_\_\_\_

Explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBS.: Nenhum medicamento pode ser administrado na escola sem prescrição médica e assinatura dos pais. Consulte a política e os formulários de solicitação de medicamentos.**

**Assinatura do Pai/Mãe/Tutor:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## Informações do Provedor de Cuidados com a Saúde

Nome: \_\_\_\_\_  Masc.  Fem. Data de Nasc. \_\_\_\_\_

Histórico Médico: \_\_\_\_\_

Histórico Familiar Pertinente: \_\_\_\_\_

### Questões de Saúde Atuais

S N

Alergias: Por favor, liste: Medicamentos \_\_\_\_\_ Alimentos \_\_\_\_\_ Outros \_\_\_\_\_

Histórico de Anafilaxia a \_\_\_\_\_ Epi-Pen:  Sim  Não

Asma: Plano de Ação de Asma  Sim  Não

Diabetes:  Tipo I  Tipo II

Transtorno de convulsão: \_\_\_\_\_

Outro (*Especifique*) \_\_\_\_\_

Medicamentos Atuais (se relevantes para a saúde e segurança do aluno) Por favor, circule aqueles administrados na escola; é necessário um formulário separado de solicitação de medicação para cada medicamento administrado na escola.

### Exame Físico:

Data do Exame: \_\_\_\_\_

Alt: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_%) Peso: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_%) IMC: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_%) Pressão: \_\_\_\_\_

(Marque a opção se estiver normal / se estiver anormal, descreva)

Geral \_\_\_\_\_  Pulmões \_\_\_\_\_  Extremidades \_\_\_\_\_

Pele \_\_\_\_\_  Coração \_\_\_\_\_  Neurológico \_\_\_\_\_

HEENT \_\_\_\_\_  Abdome \_\_\_\_\_  Outro \_\_\_\_\_

Dental/Oral \_\_\_\_\_  Genitália \_\_\_\_\_

### Triagem

Visão Aprovado Reprovado Audição Aprovado Reprovado

Olho Direito   Ouvido Direito

Olho Esquerdo   Ouvido Esquerdo

Triagem Postural (Escoliose, Cifose,   Estereopsia    
Lordose)

### Resultados Laboratoriais:

Chumbo \_\_\_\_\_   Data \_\_\_\_\_

Outro \_\_\_\_\_

O exame todo foi normal:

Teste de Pele Específico para TB:  Risco Médio a Alto (exposição a TB; nasceu, viveu, viajou para países com endemia de TB; fatores de risco médicos): Data do PPD: \_\_\_\_; Resultados: \_\_\_\_mm.

Encaminhado para avaliação por: \_\_\_\_\_ Baixo risco (não foi feito o PPD)

Este aluno tem os seguintes problemas que podem afetar a sua experiência educacional:

Visão  Audição  Fala/Linguagem  Déficit Motor Fino/Grosso

Socioemocional  Comportamento  Outro

Comentários/Recomendações: \_\_\_\_\_

S  N Este aluno pode participar totalmente do programa escolar, incluindo educação física e esportes competitivos.

Se não, liste as restrições: \_\_\_\_\_

S  N As imunizações estão completas: Se não, explique o motivo: Por favor, anexe as Certificado do Sistema de Informações de Imunização de Massachusetts ou outro registro de imunização completo.

Nome do Examinador em Letra de Forma

Assinatura do Examinador *Circule:* MD, DO, NP, PA

Data

Grupo/Clínica

Telefone

Endereço

Cidade

Estado

Código Postal

Anexe informações adicionais necessárias para a saúde e segurança do aluno

MDPH 01/25/07

**Departamento de Saúde Pública de Massachusetts  
CERTIFICADO DE IMUNIZAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexo:  Feminino  Masculino

Se uma combinação de vacina for administrada, indique o tipo de vacina (ou seja, DTaP-Hib, etc.)

Vacina		Data/Tipo da Vacina	Vacina		Data/Tipo da Vacina
<b>Hepatite B</b> (ou seja, HepB, HepB-Hib, DTaPHepB- IPV)	1		<b>Haemophilus</b> influenza tipo b (ou seja, Hib, HepB-Hib, DTaP-Hib)	1	
	2			2	
	3			3	
				4	
<b>Difteria, Tétano, Coqueluche</b> (ou seja, DTaP, DT, DTaP-Hib, DTaP- HepB-IPV, Td)	1		<b>Sarampo, Caxumba, Rubéola</b> (MMR)	1	
	2			2	
	3		<b>Varicela</b> (Var)	1	
	4			2	
	5				
	6		<b>Hepatite A</b> (HepA)	1	
	7			2	
<b>Pólio</b> (ou seja, IPV, DTaP-HepB-IPV)	1		<b>Polissacarídeo Pneumocócico</b> (PPV23)	1	
	2			2	
	3		<b>Influenza</b> Inativado (Intramuscular) ou Vivo (Intranasal)	1	
	4			2	
<b>Conjugado Pneumocócico</b> (PCV7)	1		<b>Outra:</b>	3	
	2				
	3				
	4				

Prova Serológica de Imunidade		Marque Uma Opção		Histórico de Catapora
Teste (se realizado)	Data do Teste	Positivo	Negativo	
Sarampo	/ /			<input type="checkbox"/> Marque a opção se a pessoa tiver um histórico médico confiável de catapora.  Histórico confiável pode ser: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpretação do médico sobre a descrição de catapora feita pelos pais</li> <li>• Diagnóstico físico de catapora, ou</li> <li>• Prova serológica de imunidade</li> </ul>
Caxumba	/ /			
Rubéola	/ /			
Varicela*	/ /			
Hepatite B	/ /			
*Deve marcar também a caixa de catapora.				

Certifico que esta informação de imunização foi transferida dos registros médicos do indivíduo acima mencionado.

Nome do médico ou enfermeiro (letra de forma) \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome da Instituição/Clinica: \_\_\_\_\_