



Office of the Superintendent
Dr. Howard Hepburn
Superintendent of Schools
600 Southeast Third Avenue
Fort Lauderdale, Florida 33301
Phone: 754-321-2600 • fax: 754-321-2701
Superintendent@browardschools.com
www.browardschools.com

**The School Board of
Broward County, Florida**

Lori Alhadeff, Chair
Debra Hixon, Vice Chair

Torey Alston
Brenda Fam, Esq.
Daniel P. Foganholi
Dr. Jeff Holness
Sarah Leonardi
Nora Rupert
Dr. Allen Zeman

Dr. Howard Hepburn
Superintendent of Schools

23 de julho de 2024

Prezados Pais e Alunos:

Como Superintendente, estou empenhado em trabalhar em parceria com os funcionários, pais e membros da comunidade para atender às necessidades educacionais de todos os alunos em um ambiente seguro de aprendizagem.

O Código de Conduta do Estudante deste ano, Política 5090 do Conselho Escolar, fornece informações específicas sobre as regras que devem ser seguidas por todos os alunos e as consequências das violações destas regras. O Código de Conduta do Estudante também aborda as expectativas de frequência, respeito pelos outros e por seus bens, vestuário adequado, uso de tecnologia, publicações estudantis, atividades estudantis e registros estudantis para todos os alunos. Além disso, os procedimentos de reclamação e o direito de recorrer das consequências disciplinares impostas estão contidos neste manual.

O Código de Conduta do Estudante está disponível on-line para que todos possam acessá-lo em browardschools.com/codeofconduct. Caso não tenha acesso a um dispositivo com acesso à internet, visite a escola de seu(sua) filho(a) para ler este documento. Todas as escolas irão explicar as expectativas, regras e consequências descritas no Código de Conduta do Estudante a todos os alunos nas duas primeiras semanas de aula. Também é recomendável que os pais analisem cuidadosamente todas as informações contidas no guia com seus filhos e discutam em conjunto as consequências que eles sofrerão se alguma regra for violada. Tanto o(a) senhor(a) quanto o(a) seu(sua) filho(a) devem confirmar que foram orientados sobre onde encontrar o Código de Conduta do Estudante e que estão cientes das expectativas, regras e consequências nele definidas.

É importante ler o Código de Conduta do Estudante anualmente com seu(sua) filho(a), pois o mesmo incorpora mudanças críticas em relação aos anos anteriores. Uma lista de modificações importantes pode ser encontrada na página ix. Recursos adicionais estão disponíveis para consulta no site browardschools.com/codeofconduct.

Espero que tenham um ano letivo gratificante, estimulante e seguro, à medida que nos empenhamos em atingir nossa meta de 100% de proficiência, educando os alunos de hoje para o mundo de amanhã.

Atenciosamente,

Dr. Howard Hepburn
Superintendent of Schools
Broward County Public Schools

Sumário das Modificações

Adições e Revisões Referentes a:

Adições

Seção II – Direitos dos Pais

Seção III – Âmbito de Autoridade

Seção VII – Transferência administrativa para um programa de intervenção comportamental

Seção VII – “Deep Fakes”

Revisões

Seção V – Respeito por Pessoas e Propriedade

Dispositivos de Comunicação Eletrônica Sem Fio

Seção VII – Política Disciplinar para Suspensão e/ou Expulsão (Política 5100)

Definição de Autodefesa

Expulsão obrigatória com continuação de serviços educacionais

Posse de uma arma química/spray de pimenta com capacidade para menos de 2 onças

Outras Definições desta Política

Seção VIII – Direito de Apelação

Apêndice – Matrizes de Disciplina, K-2ª série; 3ª-5ª série; 6ª-8ª série e 9ª-12ª série

Confirmação de Recebimento

A Política SBBC 5090 do Código de Conduta do Estudante estabelece as políticas do Distrito para os estudantes das Escolas Públicas do Condado de Broward. As normas se aplicam a todas as atividades que ocorrem em dependências escolares, em outros locais sendo usados para atividades escolares, e em todos os veículos autorizados a transportar estudantes. A sua assinatura abaixo não indica que o(a) senhor(a) concorda ou discorda das normas, **mas apenas que examinou a cópia eletrônica destas normas** (<http://www.browardschools.com/codeofconduct>). Entregue este formulário à escola no prazo de 3 dias a partir do primeiro dia de aula, ou da data de matrícula. Se preferir preencher todos os formulários necessários por via eletrônica, acesse o pacote de informações de Volta às Aulas (Back to School Toolkit) no Portal de Pais no Focus.

Os pais precisam estar envolvidos na educação de seus filhos e têm a responsabilidade de:

- Estar cientes de que, por questões de segurança, não é da responsabilidade das escolas fornecer supervisão além dos 30 minutos anteriores ao horário oficial de início de aula, e nem fornecer supervisão além dos 30 minutos após o horário oficial de conclusão de aulas (F.S. §1003.31 (2)).
- Estar cientes de que, por questões de segurança, no caso de estudantes que utilizam o serviço de ônibus escolar, os motoristas NÃO estão autorizados a permitir que os estudantes desçam do ônibus fora de suas paradas designadas.
- Fornecer à escola os nomes dos contatos de emergência e/ou números de telefone atualizados anualmente ou se houver mudanças.
- Comunicar à escola qualquer fato que possa afetar a habilidade de aprendizagem do estudante, de frequentar a escola regularmente, ou de tomar parte em atividades escolares.
- Estar cientes de que as medicações devem ser administradas de acordo com as Políticas SBBC 6305 e 6305.1, conforme emenda, e que as consequências da transmissão e/ou venda ou tentativa de venda de medicamentos de venda livre, e a posse e/ou uso de medicamentos não autorizados podem ser encontradas na Política SBBC 5100. A Política SBBC 6305 descreve as normas referentes a medicamentos de venda livre ou de prescrição médica e a Política SBBC 5100 descreve as consequências das infrações destas normas. As políticas completas sobre saúde e suspensão e/ou expulsão, bem como todas as políticas do Conselho Escolar, podem ser acessadas no site: <https://www.browardschools.com/Page/37754>.
- Estar cientes de que os pais têm direitos com relação à privacidade e confidencialidade dos registros estudantis mantidos pelas escolas, conforme definido na Seção VIII deste livro.
- Estar cientes de que nem o Conselho Escolar, nem seus funcionários, serão responsabilizados por itens proibidos que são perdidos, roubados ou confiscados; ou por dispositivos de comunicação sem fio ou outros itens de tecnologia pessoal que são perdidos, roubados ou confiscados.
- Estar cientes de que itens confiscados não retirados até o final do ano letivo serão doados a instituições de caridade locais.
- Estar cientes de que são responsáveis pela conduta de seus filhos no caminho de ida e de volta da escola e nas paradas de ônibus. A existência de um ambiente de aprendizagem seguro e respeitoso é essencial para o bom desempenho acadêmico; por esta razão, toda conduta estudantil fora do campus escolar, que afete gravemente a sua habilidade de aprendizagem, ou a habilidade do membro da equipe escolar de ensinar, pode ser considerada uma infração disciplinária. Em casos de incidentes graves que ocorram em paradas de ônibus e/ou em propriedades não pertencentes ao Conselho Escolar, os pais devem entrar em contato direto com a polícia. Em casos de ocorrências de intimidação sistêmica (ver definição de intimidação sistêmica na Seção II), as autoridades escolares devem ser informadas, as quais irão investigar e/ou fornecer assistência e intervenção, conforme o diretor/designado decidir apropriado, o que pode incluir o envolvimento do policial da escola (School Resource Officer).
- Certificar-se de que seus filhos demonstrem o uso legal, ético e responsável de tecnologia, incluindo redes, recursos digitais, internet e programas de software, conforme definido na Seção IV deste livro.
- Os pais continuarão a manter a responsabilidade pelos estudantes até que atinjam a maioria (18 anos de idade ou mais), para todos os fins educacionais e disciplinares, com certas exceções estipuladas pelo estatuto.

Observação: As opções selecionadas pelos pais em cada formulário do Código de Conduta do Estudante estarão em vigor até que um novo formulário seja entregue.

Nome do(a) Estudante (letra de forma)

Assinatura do(a) Estudante

Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável (letra de forma)

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável

Data

Termo de Autorização à Mídia do Ano Letivo de 2024/2025 (Todas as Séries)

Como pai/mãe de um(a) estudante(a) das Escolas Públicas do Condado de Broward, estou ciente de que meu filho/a pode ser fotografado, filmado ou entrevistado pela imprensa, por escolas e pelo Distrito para fins informativos e/ou promocionais, conforme indicado abaixo.

Escolha uma Opção tanto na Seção A como na Seção B

(Se nenhuma opção for selecionada nas duas seções, a escolha pré-determinada será a Opção nº1)

Seção A - Mídia/Comunicações Externas

Favor Assinalar a Opção nº 1 ou a Opção nº 2

1. ____ **PERMITIREI** que meu/minha filho/a seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) pela imprensa, se a imprensa obtiver a devida autorização das Escolas Públicas do Condado de Broward.
2. ____ **NÃO PERMITIREI** que meu/minha filho/a seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) pela imprensa.

Seção B - Escolas Públicas do Condado de Broward

Favor Assinalar a Opção nº 1 ou a Opção nº 2

1. ____ **PERMITIREI** que meu/minha filho/a seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) para publicações escolares (tais como anuários e jornais escolares), meios de comunicação da escola e do Distrito (por exemplo, websites e redes sociais), BECON-TV e eventos e atividades escolares. **Observação: Para viabilizar as publicações escolares, o Distrito pode divulgar algumas informações para fornecedores aprovados, tais como o nome do(a) estudante, o endereço residencial do(a) estudante, o telefone do(a) estudante/dos pais, o nível escolar, os nomes dos professores e os números das salas de aula. Em casos de eventos esportivos, as posições e os números das camisas dos atletas podem ser divulgados.**
2. ____ **NÃO PERMITIREI** que meu/minha filho/a seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) para publicações escolares (por exemplo, anuários e jornais escolares), meios de comunicação da escola e do Distrito (por exemplo, websites e redes sociais), BECON-TV e eventos e atividades escolares.

Nome do(a) Estudante (letra de forma)

Assinatura do(a) Estudante

Data

Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável (letra de forma)

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável

Data

Formulário de Autoexclusão da FERPA do Ano Letivo de 2024/2025 (Todas as Séries)

ATENÇÃO! A seleção das opções abaixo impedirá que as informações selecionadas apareçam em publicações escolares, incluindo o anuário, entre outras, mesmo se o(a) senhor(a) fornecer autorização na Seção B do Termo de Autorização à Mídia.

Por exemplo: A seleção da opção "Nome do(a) Estudante" vai impedir que a fotografia do estudante apareça no anuário.

PROPÓSITOS DE DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE CADASTRO

"Informação de Cadastro" é uma informação de identificação pessoal que normalmente não seria considerada prejudicial ou uma invasão de privacidade se divulgada. De acordo com a FERPA (Lei de Direitos Educacionais e Privacidade da Família), o SBBC pode divulgar, a seu critério, informações de cadastro de um estudante de qualquer nível escolar, se os pais ou o estudante maior de 18 anos de idade não solicitarem exclusão de divulgação. O SBBC se reserva o direito de divulgar Informações de Cadastro somente para:

- (a) faculdades, universidades ou outras instituições de ensino superior em que o estudante esteja matriculado, tenha interesse em se matricular ou possa ser recrutado;
- (b) eventos esportivos, publicações escolares, materiais didáticos e outros meios de comunicação da escola (incluindo, entre outros, anuários, programas esportivos, programas de graduação, folhetos de recrutamento, programas de teatro, websites de escolas e do Distrito, redes sociais e publicações e cartazes disseminados na escola);
- (c) autoridades de saúde do Condado de Broward, para fins de comunicação com os pais para tratar de questões importantes de saúde pública, conforme determinado pelo Departamento de Saúde da Flórida (64D-3, F.A.C.), incluindo informações para lidar ou se preparar para uma possível ou confirmada ameaça à saúde pública; e/ou
- (d) comitês de reunião de turma (e similares) para fins de programação de reunião de turma.

TIPOS DE INFORMAÇÕES DE CADASTRO

Os pais/responsáveis de estudantes de qualquer nível escolar, ou estudantes qualificados (os maiores de 18 anos de idade, emancipados, que frequentam uma instituição de ensino superior), podem optar por excluir a divulgação de todo e qualquer tipo das seguintes informações de cadastro, ao assinalar (✓) os itens que NÃO DEVEM SER DIVULGADOS:

☐ Nome do(a) Estudante	☐ Nome do(a) Pai/Mãe	☐ Endereço Residencial
☐ Número(s) de Telefone	☐ Data de Nascimento	☐ Local de Nascimento
☐ Área Principal de Estudo	☐ Atividades e Esportes Promovidos pela Escola	☐ Altura e Peso dos Atletas
☐ Nível Escolar	☐ Datas de Frequência Escolar	☐ Número da Camisa e Posição na Equipe
☐ Títulos e Prêmios*	☐ Nome da Escola ou Programa Anterior ou Mais Recente	☐ Número da Sala de Aula

*Títulos e prêmios incluem trabalhos exemplares (incluindo obras de arte), reconhecimentos de todos os tipos, e situação de graduação (por exemplo, uma lista de formandos), e exclui a média de notas (GPA).

Observação: Este formulário deve ser preenchido e apresentado à escola anualmente, independentemente das opções acima estarem assinaladas ou não, NO PRAZO DE DEZ DIAS A PARTIR DO PRIMEIRO DIA DE AULA, ou a partir da data de matrícula, se o(a) estudante se matricular após o início do ano letivo.

Nome do(a) Estudante _____ Escola _____

Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável/Estudante Qualificado(a) (letra de forma) _____

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável/Estudante Qualificado(a) _____ Data _____

Observação: em relação a ex-estudantes, o SBBC continuará a honrar qualquer solicitação válida de exclusão da divulgação de informações de cadastro, feita quando o indivíduo era estudante da BCPS, a menos que o ex-estudante revogue o pedido de autoexclusão (34 CFR 99.37(b)).

Para pais em determinadas ocupações:

Observação: De acordo com o Estatuto da Flórida 119.071, certas informações pessoais de indivíduos em determinadas ocupações (bem como seus cônjuges e filhos), são confidenciais e isentas de divulgação pública, mas apenas se o indivíduo apresentar um pedido de isenção por escrito. Se o(a) senhor(a) estiver empregado em uma ocupação qualificada, e deseja solicitar que suas informações pessoais, de seu cônjuge e de seu filho sejam mantidas confidenciais, entre em contato com a escola do seu filho para completar o Requerimento de Isenção de Informações Pessoais para Determinadas Ocupações (Request for Exemption of Personal Information for Selected Occupations).

Formulário de Autoexclusão da ESSA (11ª e 12ª Séries) - Ano Letivo de 2024/2025

SERVIÇO MILITAR & ENSINO PÓS-SECUNDÁRIO

De acordo com a lei Every Student Succeeds Act (ESSA), o Distrito tem a responsabilidade de divulgar, mediante pedido, o **nome do(a) estudante, o endereço e o número de telefone de estudantes** da 11ª e 12ª séries sem necessidade de consentimento prévio para:

- **Forças Armadas/recrutadores militares** (Comandante do Distrito ou Oficial Sênior dos escritórios regionais ou satélites das Forças Armadas, incluindo a Guarda Costeira dos Estados Unidos) para fins de envio de notificações para estudantes no que diz respeito a oportunidades disponíveis nas Forças Armadas dos Estados Unidos. A confidencialidade da lista deve ser protegida pelo pessoal encarregado das Forças Armadas por tais listas.
- **Instituições de ensino superior** (instituições pós-secundárias). A confidencialidade da lista deve ser protegida pelo pessoal encarregado de ensino superior por tais listas.

No entanto, os pais/responsáveis e estudantes qualificados (maiores de 18 anos de idade) podem optar por excluir a divulgação destas informações, ao indicar sua escolha abaixo.

Informações divulgadas para as Forças Armadas/recrutadores militares:

1. _____ **PERMITIREI** que as informações limitadas indicadas acima sejam divulgadas para as Forças Armadas/recrutadores militares.
2. _____ **NÃO PERMITIREI** que as informações limitadas indicadas acima sejam divulgadas para as Forças Armadas/recrutadores militares sem meu consentimento prévio.

Informações divulgadas para instituições pós-secundárias:

1. _____ **PERMITIREI** que as informações limitadas indicadas acima sejam divulgadas para instituições pós-secundárias.
2. _____ **NÃO PERMITIREI** que as informações limitadas indicadas acima sejam divulgadas para instituições pós-secundárias sem meu consentimento prévio.

Observação: Este formulário deve ser preenchido e apresentado à escola anualmente, independentemente da opção escolhida, NO PRAZO DE DEZ DIAS A PARTIR DO PRIMEIRO DIA DE AULA, ou a partir da data de matrícula, se o (a) estudante se matricular após o início do ano letivo.

Além deste formulário, todos os estudantes da 11ª e 12ª séries devem também preencher o Formulário de Autoexclusão da FERPA, incluído no Código de Conduta do Estudante.

Nome do(a) Estudante _____ Série _____

Nome da Escola _____

Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável/Estudante Elegível (letra de forma) _____

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável/Estudante Elegível _____

Data _____



Coordinated Student Health Services

Heather Katcher, Director

1400 NW 14 Court

Fort Lauderdale, Florida 33311

phone: 754-321-1575 • fax: 754-321-1695

heather.katcher@browardschools.com

www.browardschools.com/cshs

The School Board of Broward County, Florida

Lori Alhadeff, Chair
Debra Hixon, Vice Chair

Torey Alston
Brenda Fam, Esq.
Daniel P. Foganholi
Dr. Jeff Holness
Sarah Leonardi
Nora Rupert
Dr. Allen Zeman

Dr. Howard Hepburn
Superintendent of Schools

Prezado(a) Pai, Mãe ou Responsável,

Esta carta tem como objetivo informá-lo sobre os serviços de saúde oferecidos pelas Escolas Públicas do Condado de Broward.

Serviços de Saúde Escolar

As Escolas Públicas do Condado de Broward (BCPS) trabalham em conjunto com o Departamento de Saúde da Flórida (FDOH) no Condado de Broward para assegurar a saúde e a segurança de seus filhos. Atualmente, os Serviços Coordenados de Saúde do Estudante mantêm enfermeiras registradas em nível distrital para auxiliar na coordenação dos serviços de saúde escolar e estão à sua disposição e de seus filhos para quaisquer questões de saúde que possam ter. Para entrar em contato com a equipe de saúde designada na escola de seu(sua) filho(a), ligue diretamente para a clínica da escola. Entre em contato com o CSHS (Coordinated Student Health Services, Serviços Coordenados de Saúde do Estudante) pelo telefone 754-321-1575 para tratar de quaisquer questões relacionadas a serviços de saúde.

Formulários de Consentimento para Serviços de Saúde do Estudante

A seção de Consentimento de Serviços de Saúde, na Ficha de Contato de Emergência do Estudante (SECC), deve ser preenchida, assinada e datada pelo pai/mãe/responsável para assegurar que os estudantes possam receber atendimento em casos de enfermidades/lesões na escola ou durante atividades patrocinadas pela escola.

Se Seu/Sua Filho/a Estiver Doente

Manter seu(sua) filho(a) em casa quando ele(a) estiver doente ajuda-o(a) a se recuperar e protege seus colegas de classe. Não mande seu(sua) filho(a) para a escola se ele(a) estiver apresentando algum dos sintomas abaixo:

- Tosse forte
- Temperatura acima de 100,4 F (38°C)
- Dor de garganta severa
- Infecção nos olhos
- Diarreia
- Vômito persistente
- Erupção cutânea
- Piolhos de cabeça

Seu(sua) filho(a) não deve apresentar vômitos, diarreia e febre sem medicação antifebril por pelo menos 24 horas. Se seu(sua) filho(a) tiver uma erupção cutânea, será necessário um atestado de um profissional de saúde declarando que a erupção cutânea não é contagiosa antes de retornar à escola.

Exames de Saúde Exigidos pelo Estado

O Estatuto da Flórida 381.0056 exige a realização de exames de saúde não invasivos para todos os estudantes do jardim de infância, 1º, 3º e 6º séries. Os exames de saúde realizados incluem visão, audição, escoliose e crescimento e desenvolvimento (BMI). Se o estudante não passar em um determinado exame de saúde, será enviado para casa um guia de encaminhamento indicando que pode ser necessário um exame mais completo e medidas corretivas. Caso deseje que seu(sua) filho(a) não participe de um exame, é necessário fazê-lo por escrito no verso da Ficha de Contato de Emergência do Estudante. As informações dos exames de saúde são confidenciais e os resultados são arquivados na pasta cumulativa de cada estudante. Abaixo estão os exames de acordo com o nível de série:

Visão: Estudantes do jardim de infância, primeira, terceira e sexta séries

Audição: Estudantes do jardim de infância, primeira e sexta séries

Índice de Massa Corporal (IMC, ou BMI em inglês): Estudantes da primeira, terceira e sexta séries
Escoliose: Estudantes da sexta série

Estado de Saúde

Se seu(sua) filho(a) tiver alguma das seguintes condições de saúde, incluindo, entre outras, asma, diabetes, fibrose cística, convulsões e reações alérgicas a alimentos, informe a escola, documente a condição de saúde no verso da Ficha de Contato de Emergência do Estudante e preencha o formulário de Análise do Estado de Saúde (*Health Condition Review Form*). Dependendo do problema de saúde relatado, poderá ser solicitada a apresentação de documentação do profissional de saúde. Acesse [Serviços Coordenados de Saúde do Estudante / Condições Crônicas de Saúde \(browardschools.com\)](http://www.browardschools.com/healthforms) para obter mais informações.

Administração de Medicamentos na Escola (com ou sem prescrição médica)

Quando possível, dê os medicamentos em casa. Se houver necessidade médica de medicação/tratamento durante o dia na escola, forneça à escola o formulário atualizado de Autorização de Medicação/Tratamento assinado por um profissional de saúde e pelos pais/responsáveis. Para obter o formulário, acesse www.browardschools.com/healthforms ou clique no link a seguir: [Autorização de Medicação/Tratamento \(Medication/Treatment Authorization\)](#).

No caso de estudantes com diabetes, é necessário preencher um formulário de Autorização de Medicação/Tratamento para Diabetes, que deve ser assinado pelo profissional de saúde e pelos pais/responsáveis. Para obter o formulário, acesse www.browardschools.com/healthforms ou clique no link a seguir: [Autorização de Tratamento de Medicamento para Diabetes \(Diabetes Medication Treatment Authorization\)](#).

Autorização para Determinados Medicamentos/Produtos de Venda Livre (OTC) com a Aprovação dos Pais

A autorização para determinados medicamentos/produtos de venda livre para estudantes da 9ª à 12ª série pode ser preenchida e assinada pelos pais/responsáveis. Para maiores informações, acesse www.browardschools.com/healthforms.

Imunizações

De acordo com o Estatuto da Flórida 1003.22, antes da admissão ou frequência em uma escola pública ou particular, do jardim de infância à 12ª série, ou de qualquer ingresso inicial em uma escola pública ou particular da Flórida, é necessário que cada estudante tenha em arquivo um comprovante de imunização documentado em um formulário FDOH DH 680/681. É importante assegurar que as imunizações necessárias para seu(sua) filho(a) estejam atualizadas. Consulte o profissional de saúde de seu(sua) filho(a) ou o Departamento de Saúde da Flórida em Broward pelo telefone (954) 467-4700. A isenção religiosa só pode ser obtida no Departamento de Saúde da Flórida em Broward. Acesse www.browardschools.com/vaccinations para obter mais informações.

Recursos da Comunidade

Caso não tenha seguro, solicite um formulário de solicitação para o seguro Florida Kid Care na escola de seu(sua) filho(a) ou acesse [KidCare Outreach | Florida Department of Health in Broward \(floridahealth.gov\)](http://floridahealth.gov/kidcare).

O Programa de Visão Infantil da Florida Heiken oferece exames oftalmológicos e óculos, quando prescritos, para estudantes que necessitem de serviços oftalmológicos completos, sem nenhum custo para o estudante. Acesse [Heiken-Flyer-English.pdf \(browardschools.com\)](http://www.browardschools.com/heiken).

Em caso de dúvidas, entre em contato com a escola de seu(sua) filho(a) ou acesse www.browardschools.com/cshs

Ficha de Contato de Emergência do Estudante de 2024/2025 (Todas as Séries)

Ficha de Contato de Emergência do Estudante das Escolas Públicas do Condado de Broward de 2024-25

Este formulário deve ser atualizado anualmente

Office Use Only	Student #		Grade Level:		☐ Court Order	☐ Medical
	Date Enrolled:			☐ Special Needs	☐ Other	
No caso de uma emergência, é imprescindível que a escola possa entrar em contato com os pais do(a) estudante (conforme definido abaixo). Preencha as informações em ambos os lados desta ficha com cuidado e precisão. Use caneta e escreva de forma legível. Os nomes de ambos os pais do(a) estudante (conforme definido na Seção 1000.21(6), Estatutos da Flórida), devem constar na ficha de contato de emergência como pessoas autorizadas a buscar o(a) estudante na escola, exceto quando uma ordem judicial tiver revogado os direitos dos pais e uma cópia autenticada dessa ordem judicial tiver sido fornecida à secretaria da escola. Ambos os pais devem designar na Ficha de Contato de Emergência as pessoas autorizadas a buscar seus filhos na escola. Nenhum dos pais poderá excluir ou de alguma forma alterar os nomes fornecidos pelo outro pai na Ficha de Contato de Emergência.						
Dados do(a) Estudante	Sobrenome:		Nome:		Nome do meio:	
	Data de Nascimento: / /			Professor(a) (somente ensino fundamental I):		
	Endereço Residencial:					
	Endereço para Correspondência (se diferente do acima):					
	Assinale as opções aplicáveis à residência do(a) estudante: ☐ Condição Médica ☐ Ordem Judicial ☐ Necessidades Especiais ☐ Outra					
	O(A) estudante mudou de endereço desde a última matrícula? ☐ Sim ☐ Não					
	Há alguma ordem judicial registrada que impeça um dos pais de ter contato com o(a) estudante? ☐ Não ☐ Sim, contate a escola					
	Nome(s) Preferido(s)/Apelido(s):					
Pai/Mãe	Todos os funcionários podem se referir ao meu(minha) filho(a) usando o(s) nome(s) preferido(s) ou apelido(s) listado(s) acima em todos os documentos não oficiais e durante eventos escolares/do Distrito.					
	Assinatura:		Data:		Relação:	
	Sobrenome:		Nome:		Telefone Celular:	
	Endereço Residencial (se diferente do estudante):		Cidade, Estado, CEP:		Telefone Residencial:	
Outro Pai	Empregador:		Telefone do Trabalho:		E-mail do Pai/Mãe:	
	Sobrenome:		Nome:		Telefone Celular:	
	Endereço Residencial (se diferente do estudante):		Cidade, Estado, CEP:		Telefone Residencial:	
Pessoas Autorizadas a Buscar o(a) Estudante/Contato	Empregador:		Telefone do Trabalho:		E-mail do Pai/Mãe:	
	Liste os nomes das pessoas autorizadas a buscar seu(sua) filho(a) ou a quem podemos contatar caso não for possível contatá-lo. O ESTUDANTE NÃO PODERÁ SER LIBERADO PARA PESSOAS QUE NÃO ESTEJAM LISTADAS ABAIXO. Ambos os pais podem designar na Ficha de Contato de Emergência as pessoas autorizadas a buscar seus filhos na escola. Ao selecionar a pessoa autorizada a buscar seu(sua) filho(a), considere se essa pessoa está preparada para lidar com quaisquer necessidades médicas especiais exigidas por ele(a). Autorizo/autorizamos pela presente o contato, a divulgação de informações relacionadas a emergências ou a liberação do(a) estudante para as seguintes pessoas em caso de doença, evacuação ou outra emergência que possa ocorrer enquanto o(a) estudante estiver na escola.					
	Nome:		Relação:		Telefone:	
Declaro que as informações que constam nesta ficha são verdadeiras e corretas. Avisarei a secretaria da escola imediatamente sobre quaisquer mudanças.						
Assinatura:		Data:		Relação:		
As informações pessoais fornecidas neste formulário serão mantidas em sigilo (em uma área protegida) e somente serão usadas e divulgadas pelos funcionários da escola quando necessário.						

Ficha de Contato de Emergência do Estudante das Escolas Públicas do Condado de Broward de 2024-25

Este formulário deve ser atualizado anualmente

Sobrenome do Estudante:

Nome:

Nome do Meio:

Série:

Autorização para Serviços de Saúde	Exames de Saúde: Os alunos das séries de triagem podem ser submetidos a exames de saúde não invasivos de visão, audição, escoliose e crescimento e desenvolvimento ("BMI"), de acordo com a F.S. 381.0056(6)(e), a menos que os pais ou responsáveis optem por não participar por escrito, assinalando "Não" abaixo:		
	Exame de Visão ☐ Sim ☐ Não	Exame de Crescimento e Desenvolvimento (BMI) ☐ Sim ☐ Não	Exame de Audição ☐ Sim ☐ Não
	Assinatura:		Relação:
	Consentimento para Serviços de Saúde: Cuidados e tratamento de doenças e lesões (ou seja, visita à clínica da escola, primeiros socorros básicos, etc.). Autorizo meu(minha) filho(a) a receber atendimento: ☐ Sim ☐ Não		
	Autorizo que meu(minha) filho(a) receba os serviços de saúde indicados acima. Entendo que, se o consentimento for concedido, o SBBC divulgará os registros educacionais de meu(minha) filho(a) (incluindo dados médicos) aos profissionais de enfermagem que prestam tratamento a meu(minha) filho(a).		
Dados Médicos	Assinatura: Data: Relação:		
	Seu(sua) filho(a) recebeu diagnóstico e acompanhamento por um profissional de saúde em relação a alguma das seguintes condições? ☐ Meu(minha) filho(a) não tem ou já não tem mais nenhuma das condições listadas abaixo .		
	☐ TDA/TDAH (ADD/ADHD)	☐ Alergias (sem risco de vida)	☐ Alergias (com risco de vida)
	☐ Autismo	☐ Distúrbio Hemorrágico	☐ Câncer
	☐ Fibrose cística	☐ Diabetes – Tipo 1	☐ Diabetes – Tipo 2
Seguro de Saúde e Prestadores	☐ Distúrbio renal	☐ Lúpus	☐ Condições de saúde mental/comportamental
	☐ Asma (toma atualmente medicamentos diários ou de emergência)		
	☐ Condições cardíacas		
	☐ Epilepsia/Transtornos convulsivos (SEM incluir convulsões febris)		
	☐ Anemia falciforme (NÃO traço falciforme)		
Divulgação de Dados Médicos e Tratamento de Emergência	☐ Outra condição (Especificar)		
	Seu(sua) filho(a) precisa de medicação enquanto está na escola? ☐ Sim ☐ Não		
	Se o(a) senhor(a) assinalou que seu(sua) filho(a) tem um problema de saúde atual (acima), preencha o Formulário de Avaliação do Estado de Saúde. Todas as condições devem ter um diagnóstico de um profissional de saúde, com exceção de 1) ADD/ADHD; 2) Alergias (sem risco de vida); 3) Condições de saúde mental/comportamental; 4) "Outros", que podem se basear em relato documentado dos pais.		
	Seu(sua) filho(a) usa óculos/lentes de contato? ☐ Sim ☐ Não		
	Seu(sua) filho(a) usa aparelho(s) auditivo(s)? ☐ Sim ☐ Não		
Informações de Saída da Escola	Assinale a caixa aplicável: ☐ Plano de Saúde Familiar ☐ Florida Kid Care ☐ Florida Healthy Kids ☐ Nenhum		
	Se NENHUM, o(a) senhor(a) nos autoriza a encaminhar o nome e o número de telefone dos pais para a Florida Kid Care para que seja feita uma verificação de elegibilidade, a fim de determinar se o(a) senhor(a) se qualifica para o plano de saúde?		
	☐ Caso sim, favor assinar aqui: ☐ Não		
	Prestador de Cuidados de Saúde:		Telefone:
	Autorizo pelo presente a divulgação dos dados médicos de meu(minha) filho(a), dados de contato dos pais e outras informações de saúde (coletadas dos serviços de saúde prestados na escola, incluindo informações armazenadas eletronicamente) aos funcionários do departamento de saúde para tratar de condições de importância para a saúde pública, incluindo informações para atender e se preparar para possíveis ou confirmadas condições de saúde. No caso de estudantes que recebem serviços de saúde de funcionários da escola ou do Distrito e/ou de fornecedores contratados, também autorizo o Distrito a compartilhar as informações de saúde pessoais de meu(minha) filho(a) e os dados demográficos relacionados com o Departamento de Saúde da Flórida para fins de monitoramento, a fim de garantir a conformidade do programa pelo Distrito e pelas escolas e avaliar a prestação de serviços.		
Irmãos e Idioma Falado em Casa	Assinatura: Data:		
	Serão divulgados dados médicos e outras informações sem o consentimento dos pais/estudante elegível em caso de emergências de saúde, conforme permitido pela Lei de Direitos Educacionais e Privacidade da Família (FERPA). A escola solicitará atendimento médico de emergência, caso for necessário. Será autorizado o transporte de emergência para um centro de saúde, conforme determinado pelos paramédicos.		
	Procedimentos Normais de Saída da Escola: Em um dia normal, como seu(sua) filho(a) sairá da escola?		
	☐ De carro	☐ De ônibus escolar	☐ De transporte público
	☐ Programa pós-escolar na própria escola	☐ Programa pós-escolar externo	☐ A pé ou de bicicleta para casa
Questionário	Procedimentos de Saída de Emergência: No caso de forte tempestade ou outra emergência imprevista, seu(sua) filho(a) foi orientado(a) a:		
	☐ Caminhar para casa	☐ Ir de ônibus, como de costume	☐ De transporte público
	☐ Ir de carro para casa somente com os pais	☐ Ir para casa com a pessoa indicada na lista de contatos autorizados	
	Sobrenome: Nome: Série:		
	Liste outros idiomas falados em casa:		
Questionário	Para que possamos entender as necessidades de nossa comunidade escolar, responda às perguntas a seguir:		
	Seu(sua) filho(a) tem acesso a um computador em casa?		☐ Sim ☐ Não
	O(A) senhor(a) tem acesso à internet em casa?		☐ Sim ☐ Não
	Seu(sua) filho(a) tem acesso à internet no computador de casa?		☐ Sim ☐ Não
	O(A) senhor(a) tem acesso à internet fora de sua casa?		☐ Sim ☐ Não
Indique o método de contato de sua preferência: ☐ Telefone ☐ SMS ☐ E-mail			

Avaliação do Estado de Saúde

Ano Letivo 20____ - 20____

JÁ PREENCHEU A FICHA ANUAL DE CONTATO DE EMERGÊNCIA DO ESTUDANTE? Sim ☐ Não ☐

Sobrenome do(a) Estudante: _____
Data de Nascimento: _____

Nome do(a) Estudante: _____
Série: _____

O estado de saúde é definido como aquele que dura um (1) ano ou mais e exige atenção médica contínua, limita as atividades da vida diária ou ambas.

ATENDIMENTO A ESTUDANTES/REINAMENTO

- O Plano Individual de Saúde (Individual Healthcare Plan/IHCP) é um plano de ação para o gerenciamento das necessidades reais e possíveis de saúde durante o dia escolar, em excursões e durante atividades patrocinadas pela escola.
 - Pode ser criado um IHCP para estudantes com um problema de saúde *comprovado* que exija medicação ou algum procedimento durante o dia na escola.
- O Plano de Atendimento de Emergência (ECP) é um conjunto de instruções passo a passo sobre o que fazer em uma emergência.
 - Pode ser criado um ECP para estudantes com possível risco de emergência (por exemplo, anafilaxia, convulsão, diabetes, asma).
- Conforme previsto pela Lei de Privacidade e Direitos Educacionais da Família (FERPA), as informações sobre o estado de saúde em um ECP serão compartilhadas com a equipe escolar aplicável.
- Todas as condições devem ter um diagnóstico documentado por um profissional de saúde, exceto ADD/ADHD, alergias sem risco de vida, condições de saúde mental/comportamental e "outros".

Condição de Saúde:

Assinale **SOMENTE** as condições de saúde atuais. *Indica condições que exigem documentação por escrito de diagnóstico por um profissional de saúde.

- | | |
|---|---|
| ☐ ADD/TDAH (Déficit de Atenção/Hiperatividade) | ☐ Diabetes – Tipo 1* |
| ☐ Alergias – sem risco de vida (não graves) | ☐ Diabetes – Tipo 2* |
| ☐ Alergias – com risco de vida (graves)* | ☐ Epilepsia / Transtornos Convulsivos* |
| ☐ Asma* | ☐ Distúrbios renais* |
| ☐ Distúrbio Hemorrágico* | ☐ Lúpus* |
| ☐ Câncer* | ☐ Anemia falciforme* |
| ☐ Condições Cardíacas* | ☐ Nenhum problema de saúde atual |
| ☐ Fibrose Cística* | ☐ Outra _____ |

Data do diagnóstico: _____

Sinais e sintomas (se houver): _____

Gatilhos/Alérgenos (se houver): _____

Hospitalização recente relacionada ao diagnóstico? Sim ☐ Não ☐ Data: _____

Cirurgia recente relacionada ao diagnóstico? Sim ☐ Não ☐ Data: _____

Restrição de atividades na escola? Sim ☐ Não ☐

Informações adicionais (*incluindo os efeitos colaterais conhecidos e específicos do estudante à medicação*):

Avaliação das Necessidades de Medicação:

É necessário, do ponto de vista médico, que seu(sua) filho(a) receba medicamentos durante o dia escolar?

Sim ☐ Não ☐

Se **Sim**, é necessário enviar um Formulário de Autorização para Medicação/Tratamento, preenchido por um profissional de saúde, para fins de administração de medicamentos (www.browardschools.com/healthforms).

O estudante está atualmente tomando medicação que seria necessária para uma atividade externa relacionada à escola ou patrocinada pela escola (incluindo viagens noturnas) que ocorrem fora do horário escolar normal?

Sim ☐ Não ☐

De acordo com o Estatuto da Flórida 1002.20 e a Política 6305 do Conselho Escolar, é permitido o porte próprio pelo estudante de medicamentos como inalador de dose calibrada (MDI), autoinjeter de epinefrina, suprimentos e medicamentos para diabéticos e/ou suplementos de enzimas pancreáticas com um Formulário de Autorização para Medicação/Tratamento, preenchido por um profissional de saúde, declarando que o estudante é treinado e independente.

O estudante carrega consigo ALGUM medicamento? Sim ☐ Não ☐
Caso sim, indique o medicamento: _____

Forneça as melhores formas de contato, incluindo nome e número de telefone, que os funcionários da escola possam usar para informá-lo sobre a condição de saúde de seu(sua) filho(a).

Pai/Mãe/Responsável (em letra de forma): _____

Melhor Telefone para Contato: _____

Pai/Mãe/Responsável (assinatura): _____

Relação com o(a) Estudante: _____

*****CLINIC USE ONLY*****

PARENT / HEALTHCARE STAFF COMMUNICATION:

Date/Time: _____ Medication Authorization Form ☐ Emergency Contact Card ☐ Unable to reach parent/guardian ☐ Letter sent home ☐

Date/Time: _____ Medication Authorization Form ☐ Emergency Contact Card ☐ Unable to reach parent/guardian ☐ Letter sent home ☐

Date/Time: _____ Medication Authorization Form ☐ Emergency Contact Card ☐ Unable to reach parent/guardian ☐ Letter sent home ☐

Date/Time: _____ No verified health condition [Remove from School Application] ☐ Referral (Admin, Social Work, Food & Nutrition, etc.) ☐

The signature below serves as an annual health record review:

RN Name: _____

RN Signature: _____

Date: _____

☐ Student needs IHP only

☐ Student needs IHP and ECP

☐ No plan required at this time

Pesquisa para Pais sobre Caminhar e Ir de Bicicleta para a Escola - 2024/2025 (Todas as Séries)

Prezado Pai ou Responsável,

A escola de seu(sua) filho(a) gostaria de sua opinião sobre os estudantes irem para a escola a pé ou de bicicleta. Esta pesquisa levará cerca de 5 a 10 minutos para responder. Pedimos que cada família responda a apenas uma pesquisa por escola frequentada por seus filhos. Se tiver mais de um filho na mesma escola, preencha a pesquisa do filho com o aniversário mais próximo da data de hoje.

Após responder a esta pesquisa, envie-a de volta para a escola com seu filho ou entregue-a ao professor. Suas respostas serão mantidas confidenciais e nem seu nome, nem de seu filho serão associados aos resultados. **Obrigado por participar desta pesquisa!**

+	PREENCHA COM CANETA AZUL OU PRETA EM LETRAS MAIÚSCULAS	+
---	---	---

Nome da Escola:

[illegible]

1. Em que série está o estudante que trouxe esta pesquisa para casa? Série (PK, K, 1, 2, 3...)
2. O estudante que trouxe esta pesquisa para casa é do sexo masculino ou feminino? ☐ Masculino ☐ Feminino
3. Quantos filhos você tem do jardim de infância à 8ª série?
4. Qual é o cruzamento de rua mais próximo de sua casa? (Forneça os nomes das duas ruas do cruzamento)

[illegible]

+	Marque um “X” na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta.	+
---	--	---

5. Qual é a distância de sua casa à escola?

- ☐ Menos de ¼ de milha ☐ De ½ a 1 milha ☐ Mais de 2 milhas
- ☐ ¼ a ½ milha ☐ 1 a 2 milhas ☐ Não sei

+	Marque um “X” na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta.	+
---	--	---

6. Geralmente, de que forma seu(sua) filho(a) chega e sai da escola? (Escolha uma opção de cada coluna, marque a caixa de seleção com um X)

Chega na Escola

- ☐ A pé
- ☐ Bicicleta
- ☐ Ônibus Escolar
- ☐ Carro da Família (apenas as crianças de sua família)
- ☐ Carona Compartilhada (crianças de outras famílias)
- ☐ Transporte Coletivo (ônibus, metrô, etc.)
- ☐ Outro Método (skate, patins em linha, etc.)

Sai da Escola

- ☐ A pé
- ☐ Bicicleta
- ☐ Ônibus Escolar
- ☐ Carro da Família (apenas as crianças de sua família)
- ☐ Carona Compartilhada (crianças de outras famílias)
- ☐ Transporte Coletivo (ônibus, metrô, etc.)
- ☐ Outro Método (skate, patins em linha, etc.)

+	Marque um “X” na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta.	+
---	--	---

7. Quanto tempo leva geralmente para seu filho(a) chegar ou voltar da escola? (Escolha uma opção de cada coluna, marque a caixa de seleção com um X)

Tempo de percurso para a escola

- ☐ Menos de 5 minutos
- ☐ 5 a 10 minutos
- ☐ 11 a 20 minutos
- ☐ Mais de 20 minutos
- ☐ Não sei/Não tenho certeza

Tempo de percurso da escola para casa

- ☐ Menos de 5 minutos
- ☐ 5 a 10 minutos
- ☐ 11 a 20 minutos
- ☐ Mais de 20 minutos
- ☐ Não sei/Não tenho certeza

+	Marque um "X" na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta.	+
---	--	---

8. Seu filho lhe pediu permissão para caminhar ou ir de bicicleta para a escola no ano passado? ☐ Sim ☐ Não

9. Em que nível escolar você permitiria que seu filho(a) caminhasse ou fosse de bicicleta para a escola sem a companhia de uma pessoa adulta?
(Selecione série escolar entre PK, K, 1, 2, 3 ...) ☐☐ série (ou) ☐ Eu não me sentiria seguro em nenhum nível escolar

+	Marque um "X" na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta.	+
---	--	---

10. Quais dos seguintes fatores influenciou sua decisão de permitir, ou não permitir, que seu filho(a) fosse/voltasse da escola a pé ou de bicicleta?
(Selecione uma opção por linha, marque a caixa com um X)

Distância	☐ Sim	☐ Não	☐ Não tenho certeza
Conveniência de dirigir	☐ Sim	☐ Não	☐ Não tenho certeza
Horário	☐ Sim	☐ Não	☐ Não tenho certeza
Atividades do meu filho(a) antes ou após o horário escolar	☐ Sim	☐ Não	☐ Não tenho certeza
Velocidade do tráfego ao longo da rota	☐ Sim	☐ Não	☐ Não tenho certeza
Volume do tráfego ao longo da rota	☐ Sim	☐ Não	☐ Não tenho certeza
Adultos que podem acompanhar na caminhada ou de bicicleta	☐ Sim	☐ Não	☐ Não tenho certeza
Segurança dos cruzamentos e travessias	☐ Sim	☐ Não	☐ Não tenho certeza
Guardas de travessia escolar	☐ Sim	☐ Não	☐ Não tenho certeza
Violência ou crime	☐ Sim	☐ Não	☐ Não tenho certeza
Tempo ou clima	☐ Sim	☐ Não	☐ Não tenho certeza

11. Você deixaria seu filho ir/voltar da escola a pé ou de bicicleta se esse problema fosse resolvido ou melhorado? (Selecione uma opção, marque a caixa com um X)
☐ Meu filho já vai/volta da escola a pé ou de bicicleta ☐ Sim ☐ Não ☐ Não tenho certeza

+	Marque um "X" na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta.	+
---	--	---

12. Na sua opinião, até que ponto a escola do seu filho(a) incentiva ou desaconselha ir e voltar da escola a pé e de bicicleta?

☐ Incentiva totalmente ☐ Incentiva ☐ Neutra ☐ Desaconselha ☐ Desaconselha totalmente

13. Até que ponto seu filho(a) acha divertido ir/voltar da escola a pé ou de bicicleta?

☐ Muito divertido ☐ Divertido ☐ Neutro ☐ Entediante ☐ Muito entediante

14. Até que ponto seu filho(a) acha saudável ir/voltar da escola a pé ou de bicicleta?

☐ Muito saudável ☐ Saudável ☐ Neutro ☐ Pouco saudável ☐ Nada saudável

+	Marque um "X" na caixa de seleção. Se cometer um erro, preencha a caixa completamente e, a seguir, assinale a caixa correta.	+
---	--	---

15. Qual é o seu nível de escolaridade?

☐ 1ª à 8ª série (Ensino fundamental)	☐ 1 a 3 anos de faculdade (Faculdade ou escola técnica incompleta)
☐ 9ª à 11ª série (Ensino médio incompleto)	☐ 4 anos de faculdade ou mais (Formado da faculdade)
☐ 12ª série ou GED (Formado do ensino médio)	☐ Prefiro não responder

16. Adicione comentários abaixo.

Questionário sobre Moradia do Estudante (SHQ) 2024/2025 (Todas as Séries)



Tel #: (754) 321-1566



QUESTIONÁRIO SOBRE MORADIA DO ESTUDANTE (SHQ)

ATENÇÃO pais, cuidadores e jovens desacompanhados (que não moram com o pai/mãe ou responsável legal): O objetivo deste questionário é ajudar a identificar crianças e jovens em idade escolar que estejam passando por instabilidade habitacional e **que não tenham uma residência noturna fixa, regular e adequada**, conforme definido no subtítulo VII-B da Lei McKinney-Vento de Assistência a Desabrigados (42 U.S.C. 11431 et seq.). De acordo com esse regulamento federal, as Escolas Públicas do Condado de Broward são responsáveis pela eliminação de barreiras sistêmicas à educação de estudantes que não tenham moradia, implementando as disposições da lei por meio da Equipe de Recursos de Assistência Educacional para Desabrigados (Homeless Education Assistance Resource Team, HEART).

INSTRUÇÕES: SÓ PREENCHA ESTE QUESTIONÁRIO SE NÃO FOR PROPRIETÁRIO OU LOCATÁRIO DE UM IMÓVEL ALUGADO

Ao preencher este questionário, seu(s) filho(s) em idade escolar (ou jovem desacompanhado e desabrigado) pode(m) se qualificar para serviços e recursos da McKinney-Vento por meio do programa HEART, para ajudá-lo(s) a garantir sua estabilidade educacional.

ENTREGUE ESTE FORMULÁRIO À(S) ESCOLA(S) DE SEU(S) FILHO(S) SEM DEMORA!

1. COM QUEM O(S) ESTUDANTE(S) MORA(M)?

- ☐ Pai/Mãe
☐ Responsável legal
☐ Adulto (maior de 18 anos) que está cuidando do(s) estudante(s), que no momento está(ão) impossibilitado(s) de morar com os pais ou responsável legal*
☐ Sou um **jovem desacompanhado**. Não moro nem com meus pais, nem com um responsável legal atualmente.

***IMPORTANTE: Entre em contato com a escola do estudante para preencher o Formulário de Autorização de Cuidador do Programa HEART (HEART Caregiver Authorization Form).**

2. RESIDO ATUALMENTE EM UMA DAS RESIDÊNCIAS NOTURNAS LISTADAS ABAIXO COM MEU(S) FILHO(S)/ESTUDANTE(S) EM IDADE ESCOLAR:

- ☐ Em um abrigo de emergência ou provisório, ou abandonado em um hospital (A)
☐ Dividindo moradia com um membro da família ou amigo (compartilhando moradia), devido à perda de moradia, dificuldades econômicas, ou motivo semelhante (B)
☐ Em um veículo, parque, estacionamento temporário de trailers ou área de camping devido à falta de acomodações alternativas adequadas; espaços públicos, prédio abandonado, moradia precária; estação de ônibus ou de trem, local público ou privado que não foi projetado ou não é normalmente usado como alojamento normal para seres humanos, ou ambiente semelhante (D)
☐ Em um hotel ou motel, por falta de acomodação alternativa adequada devido à perda de moradia, dificuldades econômicas, ou motivo semelhante (E)
*** Assinale uma opção:** ☐ hotel ou motel pago por conta própria
☐ hotel ou motel pago por uma agência ou organização de assistência social

3. O QUE LEVOU VOCÊ E SEU(S) FILHO(S), OU JOVEM DESACOMPANHADO, A MORAR EM SUA RESIDÊNCIA NOTURNA ATUAL?

- ☐ Desastre causado por humanos (D) ☐ Motivo desconhecido (U) ☐ Pandemia (P)
☐ Inundação (F) ☐ Terremoto (E) ☐ Tornado (T)
☐ Execução hipotecária (M) ☐ Furacão (H) ☐ Incêndio florestal (W)
☐ Tempestade tropical (S)
☐ Outra causa do desabrigo: falta de moradia a preço acessível, pobreza de longa duração, desemprego ou subemprego, violência doméstica, despejo, etc. (N)

FAVOR PREENCHER AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS ABAIXO DE TODOS OS MENORES EM IDADE ESCOLAR (PRÉ-K À 12ª SÉRIE) MATRICULADOS OU COM MATRÍCULA PENDENTE EM UMA ESCOLA PÚBLICA OU CHARTER DO CONDADO DE BROWARD, FL. CASO TIVER FILHOS MATRICULADOS EM VÁRIAS ESCOLAS, FAVOR PREENCHER UM QUESTIONÁRIO POR ESCOLA.

Nome Completo do(a) Estudante (Nome, Inicial do Meio e Sobrenome)	Nº da Identidade Estudantil	M/F	Data de Nasc. (mm/dd/aaaa)	Série	Escola Atual

4. O ESTATUTO DA FLÓRIDA 837.06 ESTABELECE QUE, O INDIVÍDUO QUE CONSCIENTEMENTE FIZER UMA DECLARAÇÃO FALSA POR ESCRITO COM A INTENÇÃO DE ENGANAR UM SERVIDOR PÚBLICO NO CUMPRIMENTO DE SEU DEVER OFICIAL SERÁ CULPADO DE DELITO DE SEGUNDO GRAU.

Ao assinar abaixo, atesto que os dados fornecidos são corretos e verdadeiros:

Nome completo do pai/mãe/responsável	Relação com o(s) estudante(s)	Assinatura	Data
Endereço atual do(s) estudante(s)	Cidade, Estado, CEP	Endereço anterior do(s) estudante(s)	Cidade, Estado, CEP
Tempo de residência no endereço atual	Telefone	E-mail	

- ☐ **Recebi autorização do(a) pai, mãe, responsável, cuidador ou jovem desacompanhado(a) e desabrigado(a) acima citado(a), para preencher o formulário SHQ em nome do(s) estudante(s) acima identificado(s).**

Nome da pessoa preenchendo este formulário

Assinatura

Cargo/Organização

Exclusão da Pesquisa de Estudantes sobre Competências para a Vida e Bem-Estar de 2024/2025 (4ª-12ª Série)

Formulário de Exclusão da Pesquisa de Estudantes sobre Competências para a Vida e Bem-Estar (LSW)

As Competências para a Vida e Bem-Estar (*Life Skills and Wellness/LSW*) aumentam a confiança e contribuem para a saúde mental e emocional, capacitando os estudantes a superar desafios e ter êxito ao se prepararem para o mercado de trabalho atual. Como parte do Plano de Melhoria Escolar (SIP) do Distrito, a iniciativa LSW promove serviços de apoio centrados no estudante como um todo, ajudando-os a alcançar o sucesso acadêmico e, ao mesmo tempo, desenvolver habilidades de empregabilidade e resiliência. Visando direcionar o ensino efetivo de LSW, o Distrito realizará uma breve pesquisa no outono e na primavera. Os dados coletados serão usados exclusivamente pela equipe autorizada da BCPS para orientar as atividades escolares e fornecer serviços personalizados de LSW para os estudantes. Mais especificamente, o tipo de dados formativos coletados se concentrará em autoconsciência, autogestão, habilidades de relacionamento, tomada de decisões e resiliência.

Para saber mais sobre a Pesquisa de LSW para estudantes da 4ª à 12ª série, visite o site [LSW do Distrito](#) ou agende uma reunião com o contato LSW de sua escola. Outros recursos e estratégias para pais sobre como incorporar LSW em casa podem ser encontrados em nossa página de [Recursos de LSW para Famílias e Estudantes](#).

A SER PREENCHIDO PELO PAI/MÃE/RESPONSÁVEL

Seu/sua filho(a) será automaticamente registrado para participar das pesquisas LSW do outono e primavera. **Somente será necessário preencher este formulário se o(a) senhor(a) optar por não participar das pesquisas de LSW. Para optar pela não participação, assinale essa opção, preencha os dados abaixo, assine o formulário e envie-o à escola de seu/sua filho(a) no prazo de 10 dias a partir do primeiro dia de matrícula na escola.** A não devolução deste formulário indica que seu/sua filho(a) tem permissão para participar das pesquisas de LSW.

_____ **NÃO** desejo que meu/minha filho(a) participe das pesquisas de LSW do outono e primavera para estudantes.

Nome do(a) Estudante: _____

Data de Nascimento: _____ Série: _____ N° Estudantil: _____

Nome da Escola: _____

Nome do Pai/Mãe/Responsável: _____

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

Formulário de Exclusão de Materiais de Leitura da Biblioteca de 2024/2025 (Todas as Séries)

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA
SERVIÇOS DE MULTIMÍDIA DA BIBLIOTECA

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DE MATERIAIS DE LEITURA DA BIBLIOTECA

Como pai ou mãe, o(a) senhor(a) sempre tem o direito de recusar qualquer material da biblioteca para seu(sua) filho(a). Favor preencher o Formulário de Exclusão.

Após o envio do Formulário de Exclusão, fale sobre essa decisão com seu(sua) filho(a) para assegurar que ele(a) esteja ciente antes de visitar a biblioteca. Após o envio do formulário de exclusão, a conta de seu(sua) filho(a) será atualizada no sistema de retirada de materiais da biblioteca. Nosso objetivo é facilitar esse processo para os pais.

Entre em contato com o(a) diretor(a) de seu estabelecimento se tiver dúvidas ou precisar de mais informações.

_____ **NÃO** permitirei que meu(minha) filho(a) retire materiais da biblioteca.

Nome do(a) Estudante (letra de forma)

Assinatura do(a) Estudante Data

Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável (letra de forma)

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável Data

Política de Preços de Refeições de 2024/2025 (Todas as Séries)

É hora de
**RECARREGAR
A ENERGIA!**

Broward County Public Schools
Food and Nutrition Services



Todos os Estudantes Recebem Café da Manhã e Almoço Gratuitos

Provisão de Elegibilidade Comunitária

As Escolas Públicas do Condado de Broward têm o prazer de anunciar a continuação da Provisão de Elegibilidade Comunitária (CEP). A CEP oferece café da manhã e almoço gratuitos para todos os estudantes de 180 escolas públicas elegíveis do Condado de Broward.

As famílias podem responder a um questionário de renda em www.myschoolapps.com. Se aprovado, o formulário de renda pode qualificar o estudante para receber benefícios adicionais do Distrito. Caso necessitem de ajuda para preencher o questionário de renda (Income Survey Form), as famílias podem entrar em contato com o Departamento de Serviços de Alimentação e Nutrição (Food and Nutrition Services Department) pelo telefone 754-321-0250.

Café da Manhã Gratuito Universal

O Café da Manhã Gratuito Universal estará disponível nas 47 escolas participantes do Programa Gratuito Universal.

Programa Piloto de Almoço Gratuito Universal Ano 2

As Escolas Públicas do Condado de Broward continuarão a oferecer o Programa Piloto de Almoço Gratuito Universal do Ano 2 nas 47 escolas públicas elegíveis do Condado de Broward.

O Programa Piloto de Almoço Gratuito Universal do Ano 2 fornecerá refeições de almoço reembolsáveis a todos os estudantes de 47 escolas elegíveis, sem nenhum custo, independentemente da elegibilidade dos estudantes. Entretanto, para manter o Programa Piloto de Almoço Gratuito Universal do Ano 2, é fundamental que todas as famílias preencham o formulário on-line de Benefícios de Refeição para que o Distrito possa receber o reembolso pelas refeições.

As famílias podem preencher o formulário de solicitação de benefícios de refeição em www.myschoolapps.com. Se a solicitação de benefícios de refeição for aprovada, o estudante poderá se qualificar para receber benefícios adicionais do Distrito. Caso necessitem de ajuda para preencher a Solicitação de Benefícios de Refeição, as famílias podem entrar em contato com o Departamento de Serviços de Alimentação e Nutrição pelo telefone 754-321-0250.

Identificação Estudantil

É necessário apresentar crachás de identificação estudantil junto à caixa registradora para garantir que as refeições dos estudantes sejam registradas. Os crachás de identificação estudantil também indicam informações médicas ou alérgicas registradas no formulário "Medical Statement to Request Special Meals and/or Accommodations Form" (Declaração Médica para Solicitação de Refeições Especiais e/ou Adaptações). Esse formulário pode ser encontrado no site dos Serviços de Alimentação e Nutrição das Escolas Públicas do Condado de Broward, em "Special Diets and Allergies" (Dietas Especiais e Alergias). <https://www.browardschools.com/Page/78830>.

Food and Nutrition Services • 7720 W. Oakland Park Blvd. Sunrise, FL 33351 • 754-321-0215



THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

7720 W. Oakland Park Blvd. • Sunrise, Florida 33351 • Office: 754-321-0215 • Fax: 754-321-0235

Food and Nutrition Services Department
Mary Mulder, Executive Director
754-321-0215
Mary.mulder@browardschools.com
www.browardschools.com

The School Board of Broward County, Florida

Lori Alhadeff, Chair
Debra Hixon, Vice Chair

Torey Alston
Brenda Fam, Esq
Daniel Foganholi
Dr. Jeff Holness
Sarah Leonardi
Nora Rupert
Dr. Allen Zeman



www.myschoolapps.com

Dr. Howard Hepburn
Superintendent of Schools

Prezado(a) Pai, Mãe ou Responsável:

1º de julho de 2024

As Escolas Públicas do Condado de Broward oferecem refeições saudáveis e nutritivas diariamente durante o ano letivo. O café da manhã continuará a ser gratuito para todos os estudantes, de acordo com o Programa de Café da Manhã Gratuito Universal, nas 47 escolas não abrangidas pelo Programa de Elegibilidade Comunitária (Não-CEP). No ano letivo de 2024/2025, o Departamento de Serviços de Alimentação e Nutrição continuará a testar o Programa de Almoço Gratuito Universal pelo segundo ano. O Programa Piloto Universal de Almoço Gratuito oferece refeições gratuitas para todos os estudantes de escolas não abrangidas pelo CEP.

O 2º ano do Programa Piloto de Almoço Gratuito Universal iniciará em 12 de agosto de 2024 e encerrará em 3 de junho de 2025. Visando manter o Ano 2 do Programa Piloto Universal de Almoço Gratuito, é fundamental que os pais preencham um formulário on-line para que o Distrito receba reembolso das refeições e possa oferecer mais oportunidades de benefícios.

Para solicitar merendas gratuitas ou a preço reduzido, preencha um requerimento online em www.myschoolapps.com. Se não lhe for possível completar o requerimento online, entre em contato com os Serviços de Alimentação e Nutrição pelo telefone 754-321-0250 para obter um formulário impresso de solicitação de benefícios alimentares para múltiplas crianças. Se você preencher o formulário impresso, favor enviá-lo para: Food and Nutrition Services, 7720 W. Oakland Park Boulevard, Suite #304, Sunrise, Florida, 33351. Após o processamento da solicitação, a notificação de qualificação para merendas será enviada ao endereço de e-mail fornecido, ou através do correio.

Os critérios de tamanho e renda familiar serão utilizados para se determinar a qualificação. A solicitação não será aprovada a menos que contenha todas as informações para qualificação. Uma vez aprovados, os benefícios alimentares serão válidos por um ano letivo completo; não é necessário informar o Departamento de Serviços de Alimentação e Nutrição sobre mudanças na renda e no tamanho da família. Você pode solicitar benefícios alimentares em qualquer momento durante o ano letivo. Se um membro da família ficar desempregado, ou as circunstâncias mudarem, o seu filho pode estar qualificado para merendas gratuitas ou a preço reduzido. As informações fornecidas na solicitação serão utilizadas para fins de determinação de qualificação e podem ser verificadas em qualquer momento durante o ano letivo.

As famílias que recebem benefícios do Flórida SNAP (Programa de Assistência Suplementar de Nutrição), Flórida TANF (Assistência Temporária para Famílias Carentes) ou FDIPIR (Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas), devem indicar na solicitação somente o nome da criança, o nome da pessoa que recebe os benefícios e o número do processo do Flórida SNAP, Flórida TANF ou FDIPIR, e a assinatura de um membro adulto da família. Se o número do processo de qualquer membro da família em um dos três programas de assistência estiver incluído na solicitação, todas as crianças da família estão qualificadas para receber merendas gratuitas. As crianças de famílias participantes do WIC (Programa Especial de Nutrição Suplementar para Mulheres, Bebês e Crianças) podem estar qualificadas para receber merendas gratuitas ou a preço reduzido.

Se você tem crianças migrantes, desabrigadas, em fuga ou em adoção temporária que moram com você, e você não foi informado que suas crianças receberão merendas gratuitas, entre em contato com o coordenador do Programa de Migrantes do Distrito pelo telefone 754-321-1400, a pessoa de contato do Programa de Desabrigados/Em Fuga pelo telefone 754-321-1566 ou a pessoa de contato do Programa de Adoção Temporária pelo telefone 754-321-1565, para verificar se elas se qualificam.

Todas as outras famílias devem fornecer as seguintes informações solicitadas no requerimento: nomes de todas as crianças e adultos residentes no domicílio, e o nome da escola de cada criança; renda total da família, indicada pelo valor bruto recebido, com que frequência a renda é recebida por cada membro da família, e o tipo de renda (por exemplo, salários, pensão alimentícia, etc); assinale o quadrado de "nenhuma renda" se for o caso; os últimos quatro dígitos do número da previdência social (Social Security) do adulto que está assinando a solicitação, ou assinale o quadrado se este membro da família não possuir número de previdência social; e a assinatura de um membro adulto da família certificando que as informações fornecidas estão corretas. Se você costuma receber horas extras, favor incluí-las, mas não as inclua se você só trabalha horas extras ocasionalmente. Você ou seus filhos não precisam ser cidadãos americanos para se qualificar para merendas gratuitas ou a preço reduzido. Você pode incluir o filho adotivo e todos os outros membros da família em um único requerimento. Se a família adota não se qualifica para benefícios gratuitos ou a preço reduzido, isso não impede o filho adotivo de receber benefícios de merendas gratuitas.

Para fins de determinação de tamanho de família, os membros mobilizados do serviço militar são considerados como parte da família. As famílias devem incluir os nomes dos membros mobilizados do serviço militar em sua solicitação. Declare somente a parcela da renda do membro mobilizado do serviço militar que está disponibilizada a eles, ou em seu nome para a família. Além disso, o subsídio de habitação, que faz parte da Iniciativa de Privatização de Alojamento Militar, não deve ser incluído como renda. Se você participa da Iniciativa de Alojamento Militar, ou recebe pagamento de combate, não inclua estes subsídios como renda. Se você recebe um subsídio para alojamento fora da base, ele deve ser incluído como renda.

De acordo com as disposições da Norma de Merenda Gratuita e a Preço Reduzido, o Coordenador de Benefícios Alimentares irá analisar os pedidos e determinar a qualificação. Se você não estiver satisfeito com a decisão, você pode falar com o oficial que fez a determinação de uma forma informal, ligando para os Serviços de Alimentação e Nutrição pelo telefone 754-321-0250. Caso você desejar fazer um apelo formal, escreva para: Mary Mulder, Executive Director of Food and Nutrition Services, 7720 W. Oakland Park Boulevard, Suite #204, Sunrise, Florida, 33351 ou ligue para 754-321-0215.

Tabela de Qualificação de Renda Federal					
O seu filho pode se qualificar para merendas gratuitas ou a preço reduzido se a sua renda estiver ao nível ou abaixo dos limites desta tabela.					
Tamanho da Família	Anual	Mensal	Duas Vezes ao Mês	A Cada Duas Semanas	Semanal
1	27,861	2,322	1,161	1,072	536
2	37,814	3,152	1,576	1,455	728
3	47,767	3,981	1,991	1,838	919
4	57,720	4,810	2,405	2,220	1,110
5	67,673	5,640	2,820	2,603	1,302
6	77,626	6,469	3,235	2,986	1,493
7	87,579	7,299	3,650	3,369	1,685
8	97,532	8,128	4,064	3,752	1,876
Para cada membro adicional da família, adicione:	9,953	830	415	383	192

Você pode entrar em contato com os Serviços de Alimentação e Nutrição pelo telefone **754-321-0250** ou e-mail freereducedmeals@browardschools.com, caso tiver alguma

dúvida ou precisar de assistência.
Atenciosamente,

Mary Mulder
Diretora-executiva, Food and Nutrition Service

Em conformidade com a legislação federal e com as regulamentações e políticas de direitos civis do Departamento da Agricultura dos Estados Unidos (USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, origem nacional, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), idade, deficiência e repressões ou retaliações por atividades anteriores de direitos civis. As informações do programa podem ser disponibilizadas em outras línguas para além do inglês. As pessoas com deficiências que necessitem de meios de comunicação alternativos para obter informações sobre o programa (por exemplo, Braille, letras grandes, fita de áudio e linguagem gestual americana) devem contactar o Estado responsável ou a agência local que administra o programa ou o Centro TARGET do USDA através do número de telefone (202) 720-2600 (voz e TTY) ou contactar o USDA através do Serviço Federal de Reencaminhamento através do número de telefone (800) 877-8339. Para apresentar uma queixa de discriminação de programa, um(a) queixoso(a) deve preencher um formulário AD-3027 de discriminação de programa do USDA, que pode ser obtido online em: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-portuguese.pdf>, em qualquer gabinete do USDA, ligando para o número (866) 632-9992 ou escrevendo uma carta dirigida ao USDA. A carta deve conter o nome do(a) queixoso(a), endereço, número de telefone e uma descrição escrita da alegada ação discriminatória com detalhes suficientes para informar o Secretário Adjunto para os Direitos Civis (ASCR) sobre o assunto e data de uma alegada violação dos direitos civis. O formulário AD-3027 preenchido ou a carta deve ser submetida para o USDA por: Correio: Departamento da Agricultura dos Estados Unidos Gabinete do Secretário Adjunto para os Direitos Civis, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; ou Fax: (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou E-mail: program.intake@usda.gov. Esta instituição é um provedor de igualdade de oportunidades.

**DECLARAÇÃO MÉDICA PARA SOLICITAÇÃO DE REFEIÇÕES ESPECIAIS E/OU ADAPTAÇÕES**

☐ **Nova** Solicitação ☐ **Alterar/Modificar** Solicitação Existente ☐ **Descontinuar** Solicitação

PARTE 1: INFORMAÇÕES GERAIS - A SER PREENCHIDA PELOS PAIS/RESPONSÁVEIS

Entendo, como pai/mãe, que é meu dever atualizar este formulário sempre que houver uma mudança ou descontinuação das necessidades dietéticas e entregá-lo à enfermeira da escola. Autorizo os Serviços de Alimentação e Nutrição (FNS) das Escolas Públicas do Condado de Broward a entrar em contato com o profissional de saúde licenciado pelo estado para discutir as necessidades dietéticas, conforme solicitado.

X

ASSINATURA DO(A) PAI/MÃE/RESPONSÁVEL _____ DATA _____ NÚMERO DE CONTATO DO PAI/MÃE/RESPONSÁVEL _____

Nome e Sobrenome do(a) Estudante

Data de Nascimento do(a) Estudante

Nome da Escola/Centro

Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável

Um profissional de saúde licenciado pelo estado pode ajudar os pais/responsáveis a preencher esta seção.

Intolerância à Lactose☐ Sem iogurte devido à intolerância à lactose☐ Sem queijo devido à intolerância à lactose☐ Sem leite líquido devido à intolerância à lactoseOfereça como alternativa: ☐ Leite de vaca sem lactose ☐ Água☐ Leite de soja**Restrições alimentares devido a crenças religiosas/culturais**☐ Sem carne de porco☐ Outra:

(letra de forma)

PART 2: ALLERGIES - COMPLETED BY STATE LICENSED HEALTHCARE PROFESSIONAL (A SER PREENCHIDA POR PROFISSIONAL DE SAÚDE LICENCIADO PELO ESTADO)**Section A: Student with Medical Disability/Life-Threatening**

Does the student have a disability which restricts the student's diet? ☐ Yes* ☐ No

***If Yes**, describe or state the student's **disability** or **diagnosis**. Explain why it restricts the student's diet and list major life activities affected by the disability: _____

Food Allergy: Student has food allergies that **ARE** life threatening/anaphylactic: ☐ Yes, continue with this section. ☐ No, refer to section B.

Milk/Dairy Allergy: Check **ALL** that apply. ☐ No Fluid Dairy Milk ☐ No Yogurt ☐ No Cheese ☐ No menu items with milk as an ingredient - - Substitute with ☐ Soy Milk ☐ Water

Egg Allergy: Check **ALL** that apply. ☐ No Whole Eggs (such as scrambled or boiled) ☐ No menu items with egg as an ingredient

☐ **Soy Allergy** (soy oil is allowed)Additional **Food** Allergies: (Please print) _____**Section B: Student with **NO** Medical Disability/Non-Life-Threatening**

Student has allergies/intolerances that are **NOT life-threatening/anaphylactic:**

Milk/Dairy Allergy: Check **ALL** that apply. ☐ No Fluid Dairy Milk

☐ No Yogurt ☐ No Cheese ☐ No menu items with milk as an ingredient - - Substitute with ☐ Soy Milk ☐ Water

Egg Allergy: Check **ALL** that apply. ☐ No Whole Eggs (such as scrambled or boiled) ☐ No menu items with egg as an ingredient

☐ **Soy Allergy** (soy oil is allowed)

Additional Food Allergies: (Please print) _____

Indicate Food Texture for Above Student: ☐ Regular ☐ Pureed

PART 3: SIGNATURE – COMPLETED BY A LICENSED MEDICAL PROFESSIONAL (A SER PREENCHIDA POR PROFISSIONAL MÉDICO LICENCIADO)

Printed Name of State Licensed Medical Professional

Title:

☐ Physician☐ Physician Assistant☐ Nurse Practitioner (ARNP)

Signature of State Licensed Medical Professional

Date Signed

VALID FOR ONE YEAR FROM THIS DATE

Medical Office Address

Medical Office Phone Number



DECLARAÇÃO MÉDICA PARA SOLICITAÇÃO DE REFEIÇÕES ESPECIAIS E/OU ADAPTAÇÕES INSTRUÇÕES

Os pais ou responsáveis devem preencher a Parte 1. **Um profissional de saúde licenciado pelo estado**, que esteja autorizado a prescrever medicamentos de acordo com a lei estadual, deve preencher as **Partes 2 e 3**. Na Flórida, incluem-se médicos, assistentes de médicos ou enfermeiros (ARNP).

PARTE 1: INFORMAÇÕES GERAIS - A SER PREENCHIDA PELO(A) PAI/MÃE/RESPONSÁVEL

1. **Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável** Leia a declaração de responsabilidade. Em seguida, assine, date e inclua o número de telefone do pai/mãe/responsável que está solicitando a refeição e/ou adaptação especial para o estudante/participante.
2. **Nome e Sobrenome do(a) Estudante:** Escreva o nome do estudante que está solicitando refeições e/ou adaptações especiais.
3. **Data de Nascimento:** Escreva a data de nascimento do estudante.
4. **Nome da Escola/Centro:** Escreva o nome do local onde o estudante fará as refeições.
5. **Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável:** Escreva o nome da pessoa que assinou a declaração de responsabilidade.
6. **Intolerância à Lactose:** Indique todos os alimentos que contêm lactose que o estudante não pode consumir. Certifique-se de indicar também uma bebida que o estudante possa tomar.
7. **Restrições Alimentares Relacionadas a Crenças Religiosas/Culturais:** Assinale todas as opções aplicáveis. Inclua quaisquer alimentos adicionais que o estudante não possa consumir devido a crenças religiosas ou culturais.

PARTE 2: ALERGIAS – A SER PREENCHIDA POR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE LICENCIADO PELO ESTADO

SEÇÃO A: Preencha esta Seção se o Estudante tiver uma Deficiência Médica que Coloque sua Vida em Risco

8. **O estudante tem alguma deficiência?** Assinale Sim ou Não.
 - a. "**Estudante com deficiência**" é definido como qualquer estudante que tenha uma **deficiência física ou mental** que limite significativamente uma ou mais **atividades principais da vida**, que tenha registro de tal deficiência, ou que seja considerado como tendo tal **deficiência**.
 - b. "**Deficiência física ou mental**" significa (a) qualquer distúrbio ou condição fisiológica, desfiguração cosmética ou perda anatômica que afete um ou mais dos seguintes sistemas corporais: neurológico; musculoesquelético; órgãos dos sentidos especiais; respiratório, inclusive órgãos da fala; cardiovascular; reprodutivo, digestivo, geniturinário; hemático e linfático; cutâneo; e endócrino; ou (b) qualquer distúrbio mental ou psicológico, como deficiência intelectual, síndrome cerebral orgânica, distúrbios emocionais ou mentais e dificuldades específicas de aprendizagem.
 - c. As "atividades principais da vida" incluem, entre outras, cuidar de si mesmo, realizar tarefas manuais, ver, ouvir, comer, dormir, andar, ficar em pé, levantar-se, flexionar-se, falar, respirar, aprender, ler, concentrar-se, pensar, comunicar-se e trabalhar.
 - d. "Ter registro de tal deficiência" é definido como ter um histórico ou ter sido classificado (ou classificado incorretamente) como tendo uma deficiência mental ou física que limite significativamente uma ou mais atividades principais da vida.
9. **Deficiência/Diagnóstico:** Descreva ou informe a deficiência ou o diagnóstico do estudante e explique por que isso restringe a alimentação do estudante e liste as atividades principais da vida afetadas pela deficiência.
10. **Alergia Alimentar:** Assinale Sim ou Não para indicar se o estudante tem alguma alergia alimentar com risco de vida. Em caso afirmativo, continue na Seção A. Em caso negativo, siga para a Seção B.
11. **Alergia ao Leite/Laticínios:** Indique todos os alimentos que o estudante não pode consumir. Selecione uma bebida que o estudante/participante possa tomar.
12. **Alergia a Ovos:** Indique todos os alimentos que o estudante não pode consumir.
13. **Alergia à Soja:** Assinale se aplicável.
14. **Alergias Alimentares Adicionais:** Inclua outro(s) alérgeno(s) **alimentar(es)** com risco de vida ao(s) qual(is) o estudante é alérgico (por exemplo, amendoim, nozes, trigo, peixe, marisco, gergelim).
15. **Indicar Textura:** Se o estudante ou participante não precisar de nenhuma modificação, marque "Regular"

Seção B: Preencha esta Seção se o Estudante NÃO tiver Deficiência Médica/Alergia/Intolerância Alimentar Sem Risco de Vida.

16. **Alergia ao Leite/Laticínios:** Indique todos os alimentos que o estudante não pode consumir. Selecione uma bebida que o estudante possa tomar.
17. **Alergia a Ovos:** Indique todos os alimentos que o estudante não pode consumir.
18. **Alergia à Soja:** Assinale se aplicável.
19. **Alergias Alimentares Adicionais:** Inclua outros alérgeno(s) **alimentar(es)** que não ameace(m) a vida do aluno e ao qual ele é alérgico/intolerante (por exemplo, amendoim, nozes, trigo, peixe, marisco, gergelim).

PARTE 3:

20. **Nome do Profissional de Saúde Licenciado pelo Estado em letra de forma.** Escreva o nome do profissional médico licenciado pelo estado que supervisiona os cuidados com o estudante.
21. **Título:** Assinale a caixa correspondente às credenciais do profissional médico licenciado.
22. **Assinatura do Profissional de Saúde Licenciado pelo Estado:** Assinatura do profissional de saúde licenciado pelo estado que está solicitando a refeição especial ou adaptação.
23. **Data da Assinatura:** A data em que o profissional de saúde licenciado pelo estado assinou o formulário.
24. **Nome do Consultório Médico:** Escreva o nome do consultório onde o estudante recebe atendimento do profissional médico licenciado pelo estado.
25. **Endereço do Consultório Médico:** Endereço do consultório / local de trabalho do profissional médico licenciado pelo estado.
26. **Telefone do Consultório Médico:** Telefone do profissional de saúde licenciado pelo estado.

Confirmação de Recebimento - Cópia dos Pais

A Política SBBC 5090 do Código de Conduta do Estudante estabelece as políticas do Distrito para os estudantes das Escolas Públicas do Condado de Broward. As normas se aplicam a todas as atividades que ocorrem em dependências escolares, em outros locais sendo usados para atividades escolares, e em todos os veículos autorizados a transportar estudantes. A sua assinatura abaixo não indica que o(a) senhor(a) concorda ou discorda das normas, **mas apenas que examinou a cópia eletrônica destas normas** (<http://www.browardschools.com/codeofconduct>). Entregue este formulário à escola no prazo de 3 dias a partir do primeiro dia de aula, ou da data de matrícula. Se preferir preencher todos os formulários necessários por via eletrônica, acesse o pacote de informações de Volta às Aulas (Back to School Toolkit) no Portal de Pais no Focus.

Os pais precisam estar envolvidos na educação de seus filhos e têm a responsabilidade de:

- Estar cientes de que, por questões de segurança, não é da responsabilidade das escolas fornecer supervisão além dos 30 minutos anteriores ao horário oficial de início de aula, e nem fornecer supervisão além dos 30 minutos após o horário oficial de conclusão de aulas (F.S. §1003.31 (2)).
- Estar cientes de que, por questões de segurança, no caso de estudantes que utilizam o serviço de ônibus escolar, os motoristas NÃO estão autorizados a permitir que os estudantes desçam do ônibus fora de suas paradas designadas.
- Fornecer à escola os nomes dos contatos de emergência e/ou números de telefone atualizados anualmente ou se houver mudanças.
- Comunicar à escola qualquer fato que possa afetar a habilidade de aprendizagem do estudante, de frequentar a escola regularmente, ou de tomar parte em atividades escolares.
- Estar cientes de que as medicações devem ser administradas de acordo com as Políticas SBBC 6305 e 6305.1, conforme emenda, e que as consequências da transmissão e/ou venda ou tentativa de venda de medicamentos de venda livre, e a posse e/ou uso de medicamentos não autorizados podem ser encontradas na Política SBBC 5100. A Política SBBC 6305 descreve as normas referentes a medicamentos de venda livre ou de prescrição médica e a Política SBBC 5100 descreve as consequências das infrações destas normas. As políticas completas sobre saúde e suspensão e/ou expulsão, bem como todas as políticas do Conselho Escolar, podem ser acessadas no site: <https://www.browardschools.com/Page/37754>.
- Estar cientes de que os pais têm direitos com relação à privacidade e confidencialidade dos registros estudantis mantidos pelas escolas, conforme definido na Seção VIII deste livro.
- Estar cientes de que nem o Conselho Escolar, nem seus funcionários, serão responsabilizados por itens proibidos que são perdidos, roubados ou confiscados; ou por dispositivos de comunicação sem fio ou outros itens de tecnologia pessoal que são perdidos, roubados ou confiscados.
- Estar cientes de que itens confiscados não retirados até o final do ano letivo serão doados a instituições de caridade locais.
- Estar cientes de que são responsáveis pela conduta de seus filhos no caminho de ida e de volta da escola e nas paradas de ônibus. A existência de um ambiente de aprendizagem seguro e respeitoso é essencial para o bom desempenho acadêmico; por esta razão, toda conduta estudantil fora do campus escolar, que afete gravemente a sua habilidade de aprendizagem, ou a habilidade do membro da equipe escolar de ensinar, pode ser considerada uma infração disciplinária. Em casos de incidentes graves que ocorram em paradas de ônibus e/ou em propriedades não pertencentes ao Conselho Escolar, os pais devem entrar em contato direto com a polícia. Em casos de ocorrências de intimidação sistêmica (ver definição de intimidação sistêmica na Seção II), as autoridades escolares devem ser informadas, as quais irão investigar e/ou fornecer assistência e intervenção, conforme o diretor/designado decidir apropriado, o que pode incluir o envolvimento do policial da escola (School Resource Officer).
- Certificar-se de que seus filhos demonstrem o uso legal, ético e responsável de tecnologia, incluindo redes, recursos digitais, internet e programas de software, conforme definido na Seção IV deste livro.
- Os pais continuarão a manter a responsabilidade pelos estudantes até que atinjam a maioria (18 anos de idade ou mais), para todos os fins educacionais e disciplinares, com certas exceções estipuladas pelo estatuto.

Observação: As opções selecionadas pelos pais em cada formulário do Código de Conduta do Estudante estarão em vigor até que um novo formulário seja entregue.

Nome do(a) Estudante (letra de forma)

Assinatura do(a) Estudante

Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável (letra de forma)

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável

Data