

## Sumário das Modificações 2017-2018

### Adições

#### **Formulários:**

- Formulário de Autorização para Medicação
- Formulário de Autorização para Tratamento
- Formulário de Autorização para Medicamentos Específicos de Venda Livre (OTC) com Aprovação dos Pais (9º-12º Série)
- Formulário de Autorização para Produtos Tópicos de Venda Livre (OTC) com Aprovação dos Pais
- Formulário de Exclusão da Lei Every Student Succeeds Act (ESSA)

#### **Esclarecimento de linguagem referente a:**

- Seção II – Relatório de Incidentes Disciplinares ao Estado
- Seção II – Tecnologia de Uso Pessoal
- Seção II – Discriminação e/ou Assédio
- Seção V – Atividades Extracurriculares Interescolares para Alunos do Ensino Médio
- Seção VI – Exclusão da Recitação do Juramento de Fidelidade à Bandeira

### Revisões

#### **Formulários:**

- Formulário de Confirmação de Recebimento
- Lei de Direitos Educacionais e Privacidade da Família (FERPA)

#### **Esclarecimento de linguagem referente a:**

- Seção II – Sexting (envio de mensagens de texto de conteúdo sexual)
- Seção II – Conduta Inaceitável no Ônibus Escolar
- Seção IV – Administração da Avaliação Baseada nos Padrões da Flórida (FSA)
- Seção IV – Uso de Mídia Social
- Seção VIII – Informações de Diretório
- Seção IX – Porte e Autoadministração de Medicamentos de Venda Livre para Alunos da 9ª à 12ª Série
- Seção IX – Infrações que Resultam em Suspensão e Possível Expulsão
- Seção IX – Infrações que Resultam em Expulsão Obrigatória
- Seção IX – Definição de Armas e outras Definições de Infrações
- Apêndice – Separação das Matrizes Disciplinares em K-2ª série; 3ª-5ª; 6ª-8ª e 9ª-12ª

A Política 5.8 do Código de Conduta do Estudante estabelece as normas do Distrito para os alunos das Escolas Públicas do Condado de Broward. As regras se aplicam a todas as atividades que ocorrem em dependências escolares, em outros locais sendo utilizados para atividades escolares, e em todos os veículos autorizados a transportar estudantes. A sua assinatura abaixo não indica que você concorda ou discorda das regras, **mas apenas que você examinou a cópia eletrônica destas regras** (<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 completar todos os formulários necessários por via eletrônica, acesse o Kit de Ferramentas de Volta às Aulas (<http://www.browardschools.com/backtoschool>).

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

- Saber 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)).
- Saber que, por questões de segurança, no caso de alunos que utilizam o serviço de ônibus escolar, os motoristas estão autorizados a deixar os estudantes descer do ônibus SOMENTE em 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 aluno, de frequentar a escola regularmente, ou de tomar parte em atividades escolares.
- Estar cientes de que as medicações devem ser administradas de acordo com a Política SB 6305, 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 estão descritas na Política SB 5006. A Política SB 6305 descreve as regras referentes ao medicamentos de venda livre ou de prescrição médica e a Política SB 5006 descreve as consequências das violações destas regras. As políticas completas sobre saúde e suspensão e/ou expulsão, bem como todas as normas do Conselho Escolar, podem ser acessadas no site: [www.Broward.k12.fl.us/sbbcpolicies](http://www.Broward.k12.fl.us/sbbcpolicies).
- Estar cientes de que os pais têm direitos com relação à privacidade e sigilo dos registros estudantis que são mantidos pelas escolas, conforme definido na Seção VIII deste livreto.
- 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 que não são retirados até o final do ano letivo serão doados a instituições de caridade locais.
- Reconhecer 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, qualquer conduta do estudante fora do campus escolar, que afete seriamente 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 ocorrem 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 (ver definição de bullying na Seção II), as autoridades escolares devem ser informadas, as quais irão investigar e/ou fornecer assistência e intervenção, conforme o diretor/representante decidir apropriado, o que pode incluir o envolvimento do policial da escola (School Resource Officer).
- Certificar-se de que seus filhos sigam o uso legal, ético e responsável de tecnologia, incluindo redes, recursos digitais, internet e programas de software, conforme definido na Seção IV deste livreto.
- Os pais continuarão a ter responsabilidade sobre alunos que atingem a idade de maioridade (18 anos de idade ou mais), para todos os fins educacionais e disciplinares, com certas exceções estipuladas pelo estatuto.

**Nota: As seleções dos pais em cada formulário do Código de Conduta do Estudante ficarão em vigor até que um novo formulário seja apresentado.**

---

Nome do Estudante (letra de forma)

---

Assinatura do Estudante

---

Nome do Pai/Responsável (letra de forma)

---

Assinatura do Pai/Responsável

---

Data

## Termo de Autorização à Mídia do Ano Letivo de 2017/2018 (Todas as Séries)

Como pai de um aluno das Escolas Públicas do Condado de Broward, estou ciente de que meu filho pode ser fotografado, filmado ou entrevistado pela mídia jornalística ou pelo Distrito Escolar para fins informativos e/ou promocionais. Entendo que as fotografias e as entrevistas podem ser utilizadas no website do Distrito, em publicações do Distrito escolar, em publicações externas e na mídia eletrônica, conforme indicado abaixo.

### Escolha uma Opção tanto na Seção A como na Seção B

(Se nenhuma opção for selecionada em ambas as 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 filho seja fotografado, filmado e/ou entrevistado pela mídia, se a mídia jornalística tiver a autorização adequada das Escolas Públicas do Condado de Broward.
2. \_\_\_\_\_ **NÃO PERMITIREI** que meu filho seja fotografado, filmado e/ou entrevistado pela mídia.

## Seção B - Escolas Públicas do Condado de Broward

Favor Assinalar a Opção nº 1 ou a Opção nº 2

1. \_\_\_\_\_ **PERMITIREI** que meu filho seja fotografado, filmado e/ou entrevistado para publicações escolares, tais como anuários, jornais escolares, retratos de classe, websites da escola e/ou do Distrito, mídia social, BECON TV, ou outros meios de comunicação utilizados pelas Escolas Públicas do Condado de Broward ou seus fornecedores aprovados. Entendo que possa ser necessário que o Distrito divulgue estas informações, caso solicitadas pela mídia ou por outros membros do público (por exemplo, requisições de registros públicos). *Nota: O nome do seu filho, o nome do professor e o número da sala de aula podem ser divulgados para facilitar as publicações escolares.*
2. \_\_\_\_\_ **NÃO PERMITIREI** que meu filho seja fotografado, filmado e/ou entrevistado para publicações escolares, tais como anuários, jornais escolares, retratos de classe, websites da escola e/ou do Distrito, mídia social, BECON TV, ou outros meios de comunicação utilizados pelas Escolas Públicas do Condado de Broward ou seus fornecedores aprovados.

---

Nome do Estudante (letra de forma)

---

Assinatura do Estudante

---

Data

---

Nome do Pai/Responsável (letra de forma)

---

Assinatura do Pai/Responsável

---

Data

# Formulário de Exclusão da FERPA do Ano Letivo de 2017/2018 (Todas as Séries)

**ATENÇÃO!** A seleção de quaisquer itens abaixo impedirá que as informações selecionadas apareçam em publicações escolares, incluindo o anuário, entre outras, mesmo se você fornecer autorização na Seção B do Termo de Autorização à Mídia.

Por exemplo: A seleção do item abaixo "Nome do Estudante" vai impedir que a fotografia do estudante apareça no anuário.

## PROPÓSITOS DE DIVULGAÇÃO

"Informação de Diretório" é uma informação de identificação pessoal que normalmente não seria considerada prejudicial ou invasão de privacidade se divulgada. Em conformidade com a Lei de Direitos Educacionais e Privacidade da Família (FERPA), o Conselho Escolar do Condado de Broward, Flórida (SBBC), pode divulgar, a seu critério, informações de diretório de um aluno de qualquer nível de ensino, se os pais ou o estudante acima de 18 anos de idade não pedirem exclusão da divulgação. O SBBC se reserva o direito de liberar Informações de Diretório apenas para:

- faculdades, universidades ou outras instituições de ensino superior em que o estudante esteja matriculado, tenha interesse em se matricular ou possa ser recrutado;
- publicações escolares, materiais de ensino 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, e publicações e cartazes na escola);
- autoridades de saúde do Condado de Broward, para fins de comunicação com os pais para tratar de condições 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
- comitês de reencontro de turmas (e similares) para fins de programação de reencontro de turmas.

## TIPOS DE INFORMAÇÕES DE DIRETÓRIO

Os pais/responsáveis por estudantes em qualquer nível de ensino, ou os estudantes elegíveis (aqueles com mais 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 diretório, ao assinalar (✓) os itens que NÃO DEVEM SER DIVULGADOS:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nome do Estudante                                   | <input type="checkbox"/> Nome do Pai/Mãe                                | <input type="checkbox"/> Endereço Residencial                             |
| <input type="checkbox"/> Número(s) de Telefone                               | <input type="checkbox"/> Data de Nascimento                             | <input type="checkbox"/> Local de Nascimento                              |
| <input type="checkbox"/> Área Principal de Estudo                            | <input type="checkbox"/> Atividades e Esportes Patrocinados pela Escola | <input type="checkbox"/> Altura e Peso dos Membros das Equipes Esportivas |
| <input type="checkbox"/> Série Escolar                                       | <input type="checkbox"/> Datas de Frequência Escolar                    | <input type="checkbox"/> Títulos e Prêmios*                               |
| <input type="checkbox"/> Nome da Escola ou Programa Anterior ou Mais Recente |   | <input type="checkbox"/> 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).

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

Nome do Estudante \_\_\_\_\_ Escola \_\_\_\_\_

Nome do Pai/Responsável/Estudante Elegível (letra de forma) \_\_\_\_\_

Assinatura do Pai/Responsável/Estudante Elegível \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Para pais em determinadas ocupações:

*Nota: Em conformidade 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 você está empregado em uma ocupação qualificada, e deseja solicitar que suas informações pessoais, de seu cônjuge e de seu filho sejam mantidas em sigilo, 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 Exclusão da ESSA (11ª e 12ª Séries) - Ano Letivo de 2017/2018

## SERVIÇO MILITAR & ENSINO PÓS-SECUNDÁRIO

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

- **As Forças Armadas/recrutadores militares** (o Comandante do Distrito ou o Oficial Superior 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 das Forças Armadas responsável por tais listas.
- **Instituições de ensino superior** (instituições pós-secundárias). A confidencialidade da lista deve ser protegida pelo pessoal de ensino superior responsável por tais listas.

No entanto, os pais/responsáveis e os estudantes elegíveis (aqueles acima 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 de ensino superior:

1. \_\_\_\_\_ **PERMITIREI** que as informações limitadas indicadas acima sejam divulgadas para instituições de ensino superior.
2. \_\_\_\_\_ **NÃO PERMITIREI** que as informações limitadas indicadas acima sejam divulgadas para instituições de ensino superior sem meu consentimento prévio.

**Nota: 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 estudante se matricular após o início do ano letivo.**

Além deste formulário, todos os alunos de 11ª e 12ª série devem também preencher o *Formulário de Exclusão da FERPA*, incluído no Código de Conduta do Estudante.

Nome do Estudante \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_

Nome da Escola \_\_\_\_\_

Nome do Pai/Responsável/Estudante Elegível (letra de forma) \_\_\_\_\_

Assinatura do Pai/Responsável/Estudante Elegível \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

## Formulário de Isenção de Aulas de Vida Familiar/Sexualidade Humana de 2017/2018 (Todas as Séries)

O Estatuto da Flórida 1003.42 requer o ensino de Educação de Sexualidade Humana como parte do Programa Abrangente de Educação em Saúde. O Conselho Escolar do Condado de Broward, Flórida, autorizou o ensino de Vida Familiar/Sexualidade Humana e Prevenção de HIV/AIDS como um componente da Educação em Saúde.

A Política 5315 de Vida Familiar/Sexualidade Humana estabelece em parte:

“É essencial que exista um currículo abrangente e universal de saúde sexual que siga as Normas Nacionais de Educação Sexual, para assegurar que todos os alunos recebam as mesmas informações de qualidade necessárias para apoiar sua educação e viver uma vida saudável”.

As Escolas Públicas do Condado de Broward respeitam os direitos dos pais e seu papel na educação de seus filhos. De acordo com o Estatuto da Flórida 1003.42(3): “Todo aluno, cujo pai apresentar pedido por escrito ao diretor da escola, deverá ser isento do ensino sobre saúde reprodutiva ou qualquer doença, incluindo HIV/AIDS, seus sintomas, evolução e tratamento. O aluno isento de tal forma não pode ser penalizado em razão desta isenção”.

Somente se você desejar que seu filho seja dispensado deste curso, deve este formulário ser preenchido e entregue à sua escola. Seu filho será então agendado em uma atividade alternativa durante as lições de Vida Familiar/Sexualidade Humana.

Agradecemos pelo seu interesse e cooperação na implementação do nosso Programa Abrangente de Educação em Saúde.

---

O currículo de Vida Familiar/Sexualidade Humana será apresentado por professores selecionados pelo diretor da escola e treinados pelo Distrito, e pode incluir apresentações de especialistas aprovados pelo Distrito na área de prevenção de doenças sexualmente transmitidas.

O conteúdo curricular e os materiais de ensino podem ser acessados em <http://www.browardprevention.org/health-wellness/sexual-health/curriculum1/> ou entre em contato com a escola do seu filho. Recursos adicionais para pais estão disponíveis em [www.browardprevention.org/health-wellness/sexual-health/](http://www.browardprevention.org/health-wellness/sexual-health/).

**Nota: Somente se você desejar que seu filho seja dispensado deste curso, deve este formulário ser preenchido e entregue à sua escola a cada ano, NO PRAZO DE DEZ DIAS A PARTIR DO PRIMEIRO DIA DE AULA ou a partir da data de matrícula, se o aluno se matricular depois do início de cada ano letivo. A falta de apresentação deste formulário constitui uma autorização para que seu filho participe do currículo de Vida Familiar/Sexualidade Humana.**

\_\_\_\_ **NÃO DESEJO** que meu filho participe de nenhuma aula de Vida Familiar/Sexualidade Humana.

Nome da Escola \_\_\_\_\_

Nome do Estudante \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_

Nome do Pai/Responsável (letra de forma) \_\_\_\_\_

Assinatura do Pai/Responsável \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

# Formulário de Autorização para Medicação de 2017/2018 (Todas as Séries)

## THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Coordinated Student Health Services • 1400 NW 14th Court, Ft. Lauderdale, FL 33311 • (754) 321-1575

### Medicação de Prescrição ou de Venda Livre

(ESTA SEÇÃO DEVE SER PREENCHIDA SOMENTE PELO MÉDICO RESPONSÁVEL) (THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN ONLY)

Student Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

School \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_ Fax # \_\_\_\_\_

Allergies \_\_\_\_\_

Diagnosis \_\_\_\_\_

MEDICATION	DOSAGE & ROUTE	FREQUENCY	SPECIFIC TIMES	SPECIAL INSTRUCTIONS/ SIDE EFFECTS

List any emergency precautions/health emergencies that should be anticipated for this student; (e.g., allergy triggers, diabetic reactions): \_\_\_\_\_

There are no extraordinary emergency medical services available at school. Since only CPR and first aid are available until 911 arrives, is this adequate for student survival?  YES  NO, IF "NO", specify: \_\_\_\_\_

Physician's Name (Print) \_\_\_\_\_ Physician's Signature \_\_\_\_\_

Physician's Office Address \_\_\_\_\_

Physician's Telephone # \_\_\_\_\_ Physician's Fax # \_\_\_\_\_

Date Completed \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
Esta informação será obtida pelos funcionários do Distrito Escolar

### AUTORIZAÇÃO DOS PAIS PARA MEDICAÇÃO

(ESTA SEÇÃO DEVE SER PREENCHIDA PELO PAI OU RESPONSÁVEL)

Nome do Estudante \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_

Concedo autorização ao diretor, ou pessoa designada, para auxiliar ou administrar medicação para meu filho durante o horário escolar, inclusive quando ele estiver em eventos escolares oficiais fora das dependências escolares. Se meu filho estiver autorizado por seu médico a se autoadministrar sua própria medicação, concedo autorização para que meu filho se autoadministre sua medicação na escola e fora das dependências escolares durante eventos escolares oficiais. Caso meu filho não conseguir se autoadministrar sua medicação, dou autorização para que o diretor, ou pessoa designada, administre a medicação prescrita.

#### NOTA:

- **O medicamento deve ser providenciado na embalagem original.** Peça ao farmacêutico para dividir a medicação em dois recipientes com rótulos completos, para deixar um em casa e outro na escola.
- Somente medicamentos autorizados pelo médico podem ser administrados por funcionários da escola.
- É sua responsabilidade notificar a escola se houver mudança na medicação.

Nome do Pai/Responsável (letra de forma) \_\_\_\_\_ Assinatura do Pai/Responsável \_\_\_\_\_

Data de Assinatura \_\_\_\_\_ Tel. Residencial \_\_\_\_\_ Tel. Comercial/Celular \_\_\_\_\_  
(inclua o ramal, se for o caso)

# Formulário de Autorização para Tratamento de 2017/2018 (Todas as Séries)

## THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Coordinated Student Health Services • 1400 NW 14th Court, Ft. Lauderdale, FL 33311 • (754) 321-1575

### Autorização para Tratamento

(ESTA SEÇÃO DEVE SER PREENCHIDA SOMENTE PELO MÉDICO RESPONSÁVEL) (THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN ONLY)

Student Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_  
 School \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_ Fax # \_\_\_\_\_  
 Diagnosis \_\_\_\_\_ Allergies \_\_\_\_\_

TREATMENTS DURING SCHOOL HOURS \_\_\_\_\_  
 TREATMENT PLAN: \_\_\_\_\_

PROCEDURE	TYPE	MEDS/FEEDING AMOUNT	FREQUENCY / SPECIFIC TIMES	RATE / FLOW
Catheterization				
Feedings	<input type="checkbox"/> G-Tube      J-Tube <input type="checkbox"/> NG-Tube      Special _____			
Suctioning	<input type="checkbox"/> Oropharynx <input type="checkbox"/> Tracheostomy      Deep <input type="checkbox"/> Surface			
Tracheostomy	<input type="checkbox"/> Tube Replacement <input type="checkbox"/> Care (Cleaning)			
CPT				
Oxygen/Misting				
Ventilator				
Nebulizer Tx				
Pulse Oximeter				

Are any of the above procedures required for emergency care?  YES  NO, IF "YES", specify: \_\_\_\_\_

List any procedures the student has been trained to perform \_\_\_\_\_

List any limitations/precautionary measures that should be considered; e.g., physical education, outdoor activities, transporting, lifting, moving, special devices/equipment: \_\_\_\_\_

List any emergency precautions/health emergencies that should be anticipated for this student; (e.g., allergy triggers, diabetic reactions): \_\_\_\_\_

There are no extraordinary emergency medical services available at school. Since only CPR and first aid are available until 911 arrives, is this adequate for student survival?  YES  NO, IF "NO", specify: \_\_\_\_\_

Physician's Name (Print) \_\_\_\_\_ Physician's Signature \_\_\_\_\_

Physician's Office Address \_\_\_\_\_

Physician's Telephone # \_\_\_\_\_ Physician's Fax # \_\_\_\_\_

Date Completed \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Esta informação será obtida pelos funcionários do Distrito Escolar

### AUTORIZAÇÃO DOS PAIS PARA TRATAMENTO

(ESTA SEÇÃO DEVE SER PREENCHIDA PELO PAI OU RESPONSÁVEL)

Nome do Estudante \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_

Concedo autorização ao diretor, ou pessoa designada, para auxiliar ou administrar cada tratamento/procedimento para meu filho durante o horário escolar, inclusive quando ele estiver em eventos escolares oficiais fora das dependências escolares. Se meu filho estiver autorizado por seu médico a se autoadministrar seu próprio tratamento, concedo autorização para que meu filho se autoadministre seu tratamento na escola e fora das dependências escolares durante eventos escolares oficiais. Caso meu filho não conseguir se autoadministrar seu tratamento, dou autorização para que o diretor, ou pessoa designada, administre o tratamento prescrito. **NOTA: Somente tratamentos autorizados pelo médico podem ser administrados por funcionários da escola. É sua responsabilidade notificar a escola se houver mudança no plano de tratamento.**

Nome do Pai/Responsável (letra de forma) \_\_\_\_\_ Assinatura do Pai/Responsável \_\_\_\_\_

Data de Assinatura \_\_\_\_\_ Tel. Residencial \_\_\_\_\_ Tel. Comercial/Celular \_\_\_\_\_  
 (inclua o ramal, se for o caso)

# Autorização para Medicamentos Específicos de Venda Livre (OTC) com Aprovação dos Pais (9ª-12ª Série)

## THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Coordinated Student Health Services • 1400 NW 14th Court, Ft. Lauderdale, FL 33311 • (754) 321-1575

### Autorização para Medicamentos Específicos de Venda Livre (OTC) com Aprovação dos Pais (9ª-12ª Série)

**Instruções:** Cada seção deve ser preenchida pelo pai/responsável para que o aluno possa carregar ou se autoadministrar qualquer um dos medicamentos específicos de venda livre (OTC) somente com aprovação dos pais. O formulário fica invalidado se qualquer seção estiver incompleta. Este formulário deve ser assinado pelo pai/responsável e pelo aluno e, a seguir, autenticado.

#### I. Informações do Estudante/Pais

Nome do Estudante (letra de forma)		Data de Nasc.:	Alergias	Série:
Pai/Responsável (letra de forma)			Endereço:	
Telefone Residencial:	Telefone Comercial:		Outro Telefone:	
<b>II. Medicamento (A Ser Preenchido pelo Pai/Responsável)</b>				

ESTE REQUERIMENTO FICA EM VIGOR NO ANO LETIVO DE 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_ OU DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Somente **UM** medicamento pode ser selecionado. Apenas **2 doses** de medicamento são permitidas com a pessoa

Medicamento a Ser Administrado por Via Oral	Dosagem e Horários	Sintomas	Comentários	Data de Vencimento do Medicamento
<b>Acetaminofeno (Tylenol)</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Administrar de acordo com as instruções do fabricante	Para o alívio de dores menores; (febre de 100,4 F não será tratada na escola)	Alunos com temperatura acima de 100,4 F devem ser dispensados	
<b>Carbonato de Cálcio</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Administrar de acordo com as instruções do fabricante	Para dor de estômago ou azia	Alerta: Pode causar constipação	
<b>Ibuprofeno (Advil, Motrin)</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Administrar de acordo com as instruções do fabricante	Para o alívio de dores no corpo e cólicas menstruais; (febre de 100,4 F não será tratada na escola)	Alerta: Não contém aspirina, mas não deve ser administrado se o aluno tem asma ou alergia à aspirina	
<b>Midol</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Administrar de acordo com as instruções do fabricante	Cólicas menstruais	Alerta: Alunos sensíveis à aspirina devem tomar precauções	
<b>Allegra</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Administrar de acordo com as instruções do fabricante	Para o alívio dos sintomas de alergias sazonais (espirros, prurido e coriza)	Alerta: Evite tomar qualquer outro medicamento contra resfriado ou alergia, salvo indicação médica	
<b>Lactaid</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Administrar de acordo com as instruções do fabricante	Intolerância à lactose	Sem efeitos colaterais comuns quando usado em pequenas doses	
<b>Claritin</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Administrar de acordo com as instruções do fabricante	Para o alívio dos sintomas de alergias sazonais (espirros, prurido e coriza)	Alerta: Evite tomar qualquer outro medicamento contra resfriado ou alergia, salvo indicação médica	

**III. Autorização dos Pais (A ser preenchido somente pelo pai/responsável)**

Ao assinar abaixo, eu (pai ou responsável legal) entendo que os medicamentos específicos de venda livre somente com aprovação dos pais serão carregados e autoadministrados pelo aluno. Entendo que se eu permitir que meu filho carregue e se autoadministre medicação, assumo plena responsabilidade por qualquer consequência resultante da administração da medicação por meu filho. Entendo que todos os medicamentos devem estar em suas embalagens originais e visivelmente etiquetados com o nome completo do aluno. Entendo e conversei com meu filho/filha que se ele/ela usar a medicação de venda livre em excesso das duas (2) doses diárias autorizadas, vender ou transmitir esta medicação, ele/ela receberá a consequência descrita na Matriz Disciplinar do Distrito. Ao assinar este formulário, assumo plena responsabilidade por qualquer consequência resultante do porte e autoadministração de medicamentos específicos de venda livre. Também isento o Conselho Escolar do Condado de Broward, Flórida, de qualquer responsabilidade se meu filho/filha usar o medicamento em excesso das doses autorizadas, vender ou transmitir algum dos medicamentos identificados acima.

Nome do Pai/Responsável (letra de forma) \_\_\_\_\_

Assinatura do Pai/Responsável \_\_\_\_\_ Parentesco com o Aluno \_\_\_\_\_

Telefone Residencial \_\_\_\_\_ Telefone Comercial/Celular \_\_\_\_\_

Endereço de E-mail \_\_\_\_\_

**IV. Confirmação de Recebimento do Estudante (A ser preenchido somente pelo estudante)**

Nome do Estudante (letra de forma) \_\_\_\_\_

Assinatura do Estudante \_\_\_\_\_

**V. To Be Completed by Notary Public Only (A ser preenchido somente por um tabelião)**

STATE OF FLORIDA

COUNTY OF \_\_\_\_\_

The foregoing instrument was acknowledged before me this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, by

\_\_\_\_\_.

Personally Known \_\_\_\_\_ OR Produced Identification \_\_\_\_\_

Type of Identification Produced \_\_\_\_\_

(Notary Seal)

\_\_\_\_\_  
Official Notary Signature

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Notary

# Autorização para Produtos Tópicos de Venda Livre (OTC) com Aprovação dos Pais (Todas as Séries)

## THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Coordinated Student Health Services • 1400 NW 14th Court, Ft. Lauderdale, FL 33311 • (754) 321-1575

### Formulário de Autorização para Produtos Tópicos de Venda Livre (OTC) com Aprovação dos Pais (Todas as Séries)

Em Vigor para o Ano Letivo de 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_

**Instruções:** Cada seção deve ser preenchida pelo pai/responsável para que o aluno possa carregar e se autoadministrar qualquer um dos produtos tópicos de venda livre listados, para uso somente com aprovação dos pais. O formulário fica invalidado se qualquer seção estiver incompleta.

#### I. Informações do Estudante/Pais

Nome do Estudante (letra de forma)	Data de Nascimento	Alergias	Série
Pai/Responsável (letra de forma)		Endereço:	
Telefone Residencial:	Telefone Comercial:	Outro Telefone:	

A Ser Preenchido pelo Pai/Responsável

#### NÃO SÃO PERMITIDOS PRODUTOS DE AEROSSOL OU DE BOMBA

#### Repelentes de Insetos e Mosquitos

Porte e auto-aplicação somente de lenços umedecidos e loções

Aplicar de acordo com as instruções do fabricante

Iniciais do Pai/Mãe: \_\_\_\_\_

#### Protetores Solares

Porte e auto-aplicação

Aplicar de acordo com as instruções do fabricante

Iniciais do Pai/Mãe: \_\_\_\_\_

#### **Autorização dos Pais (A Ser Preenchido Somente pelo Pai/Responsável)**

Ao assinar abaixo, eu (pai ou responsável legal) entendo que os produtos tópicos de venda livre, para uso somente com autorização dos pais serão administrados pelo aluno e não por profissionais de saúde. Assumo plena responsabilidade de que o produto tópico, o qual autorizei, é apropriado para a idade. Estou ciente de que posso permitir que meu filho carregue e se autoadministre os produtos tópicos listados acima e assumo plena responsabilidade por qualquer consequência resultante da administração dos produtos tópicos por meu filho. Entendo que todos os produtos tópicos devem ser carregados na embalagem original lacrada, visivelmente etiquetada com o nome completo do aluno. Eu entendo e conversei com meu filho/filha que se ele/ela vender ou transmitir este produto tópico, ele/ela receberá consequências com base na Matriz Disciplinar do Distrito. Ao assinar este formulário, assumo plena responsabilidade por qualquer consequência resultante da administração dos produtos tópicos listados acima. Também isento o Conselho Escolar do Condado de Broward de qualquer responsabilidade que resulte no meu filho/filha vender ou transmitir os produtos tópicos identificados acima.

Nome do Pai/Responsável (letra de forma) \_\_\_\_\_

Assinatura do Pai/Responsável \_\_\_\_\_ Parentesco com o Aluno \_\_\_\_\_

Telefone Residencial \_\_\_\_\_ Telefone Comercial/Celular \_\_\_\_\_

Endereço de E-mail \_\_\_\_\_

# Formulário de Exclusão da Triagem de Saúde de 2017/2018 (Pré-Escola, 1ª, 3ª e 6ª Séries)

## THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Coordinated Student Health Services • 1400 NW 14th Court, Ft. Lauderdale, FL 33311 • (754) 321-1575

### Formulário de Exclusão da Triagem de Saúde

De acordo com as diretrizes estabelecidas pela Legislação da Flórida, no início de cada ano os pais devem ser notificados sobre os exames disponíveis através do **Programa Escolar de Serviços de Saúde**. O Estatuto da Flórida 381.0056(7)(d) exige a triagem de saúde dos alunos de ensino público da pré-escola (KG), 1ª, 3ª e 6ª séries, e novos alunos do condado. Deve-se entender que tais exames não substituem um exame completo por um profissional de saúde.

As triagens incluem exames de visão, audição, altura e peso, Índice de Massa Corporal (BMI) e Escoliose. Estes exames são oferecidos em uma iniciativa para diminuir as barreiras de saúde contra a aprendizagem e podem ser realizados individualmente ou em grupos. **Os pais ou responsáveis têm o direito de excluir seus filhos destes exames.**

*Nota: Se você **NÃO DESEJA** que seu filho faça um ou mais dos exames, favor assinalar o quadrado apropriado abaixo, escrever e assinar o seu nome, e entregar este formulário à escola do seu filho **NO PRAZO DE DEZ DIAS A PARTIR DO PRIMEIRO DIA DE AULA**, ou a partir da data de matrícula, se o aluno se matricular após o início do ano letivo.*

Nome do Estudante \_\_\_\_\_ Gênero \_\_\_\_\_

Escola \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_

#### NÃO EXAMINE:

Visão (Pré-escola, 1ª, 3ª e 6ª Séries)

Audição (Pré-escola, 1ª e 6ª Séries)

Altura e Peso / BMI (1ª, 3ª e 6ª Séries)

Escoliose (6ª Série)

Nome do Pai/Responsável (letra de forma) \_\_\_\_\_

Assinatura do Pai/Responsável \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

# Formulário do Programa de Visão Infantil Florida Heiken de 2017/2018 (Todas as Séries)



THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA  
Coordinated Student Health Services • 1400 NW 14th Court, Ft. Lauderdale, FL 33311 • (754) 321-1575

## Programa de Visão Infantil Florida Heiken (Programa Escolar de Broward de Exame Oftalmológico & Óculos Gratuitos)

Se o seu filho não passar na triagem de visão, e estiver qualificado, o Programa de Visão Infantil Florida Heiken e seus prestadores de serviços de saúde podem fornecer a ele um exame oftalmológico **GRATUITO**, não invasivo, com dilatação de pupila, e, se necessário, óculos **GRATUITOS**. Para solicitar este serviço **GRATUITO**, preencha, assine e entregue este formulário à escola do seu filho. Para obter mais informações, ligue para 1-888-996-9847 ou visite [http://miamilighthouse.org/Florida\\_Heiken\\_Program.asp](http://miamilighthouse.org/Florida_Heiken_Program.asp).

Escola (Nome Completo) \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_ Professor \_\_\_\_\_ Nº de Identidade Estudantil \_\_\_\_\_  
 Nome do Estudante \_\_\_\_\_ Masc./Fem. (Faça círculo em um) \_\_\_\_\_ Data de Nascimento do Estudante \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Telefone Residencial \_\_\_\_\_ Telefone do Pai/Responsável durante o dia \_\_\_\_\_  
 Nome do Pai/Responsável (letra de forma) \_\_\_\_\_ Endereço de E-mail \_\_\_\_\_  
 Etnia (Faça círculo em um): Afro-Americano Asiático Hispânico Indígena Americano Branco (Não Hispânico) Haitiano Outra \_\_\_\_\_  
 Idioma Falado (Faça círculo em um): Inglês Espanhol Crioulo Haitiano Português Outro \_\_\_\_\_  
 O seu filho visitou um oftalmologista ou optometrista neste último ano? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ O seu filho usa óculos? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_  
 Indique qualquer medicamento ou colírio utilizado pelo seu filho: \_\_\_\_\_  
 Indique qualquer alergia que o seu filho tenha: \_\_\_\_\_  
 O seu filho tem alguma necessidade especial/atraso de desenvolvimento? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_  
 O seu filho necessita de apoio auxiliar (tal como um intérprete, língua de sinais, auxílios visuais, cadeira de rodas, Braille)? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ Caso sim, explique porquê: \_\_\_\_\_

O seu **filho** já teve qualquer um dos seguintes:

SIM	NÃO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirurgia/Lesão Ocular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia da Visão
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dores de cabeça
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabete
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia Falciforme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma

A **família** do seu filho já teve qualquer um dos seguintes:

SIM	NÃO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estrabismo/Ambliopia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cegueira
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Degeneração Macular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensão
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia Falciforme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outra condição

Favor explicar todas as respostas positivas acima: \_\_\_\_\_

**Consentimento para exames oftalmológicos** – Ao assinar abaixo, autorizo o Programa de Visão Infantil Florida Heiken a fornecer ao meu filho um exame oftalmológico completo com dilatação de pupila, tanto na escola por um optometrista em unidade móvel ou no consultório de um prestador de serviços participante.

**Aviso de práticas de privacidade** – Ao assinar abaixo, compreendo que o Aviso de Práticas de Privacidade do Programa de Visão Infantil Florida Heiken está disponível para consulta mediante solicitação pelo telefone (305) 856-9830/ (888) 996-9847.

**Intercâmbio de informações** - Ao assinar abaixo, autorizo a liberação mútua de informações entre o Programa de Visão Infantil Florida Heiken e as Escolas Públicas do Condado de Broward (BCPS) de todos e quaisquer relatórios médicos de optometria do meu filho para os prestadores participantes do programa, para a determinação dos cuidados adequados. Também autorizo a BCPS a liberar qualquer informação necessária sobre a qualificação do meu filho para o programa de merendas gratuitas ou a preço reduzido, e quaisquer informações em falta ou insuficientes que são necessárias para processar este pedido. **Eu/Nós libero(amos) e isento(amos) o Conselho Escolar do Condado de toda e qualquer responsabilidade por qualquer dano ou prejuízo resultante da participação no Programa de Visão Infantil Florida Heiken, devido a um acidente ou incidente envolvendo a participação do meu filho/tutelado no programa.**

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL (para receber o exame)** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Autorização para cobrança do seguro** – Se meu filho tem um plano de seguro que é aceito, e tem a oportunidade de ser examinado durante visita a uma unidade móvel (somente), autorizo por meio desta o Programa de Visão Infantil Florida Heiken a faturar o seguro do meu filho pelo exame oftalmológico completo com dilatação de pupila, e pelos óculos, se prescrito (inclui determinadas armações, lentes claras de policarbonato, sem adicionais). Compreendo que o benefício de seguro de visão do meu filho será usado.

**Assinatura (Autorização para cobrança do seguro)** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

O Programa de Visão Infantil Florida Heiken é uma organização que oferece igualdade de oportunidades e não discrimina os candidatos qualificados de outra forma, com base em raça, cor, religião, origem, idade, sexo, estado civil, nacionalidade, deficiência ou condição de veterano.

**For School Personnel Use Only:**

County: **Broward**  
 Referring school/agency: \_\_\_\_\_  
 Vision Screening Fail Date (Mandatory): \_\_\_\_\_  
 Qualifies for Free/Reduced Program (Circle One): YES NO  
 Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**For Heiken Use Only:**

Account #: \_\_\_\_\_ Scanned   
 Eligibility Status: \_\_\_\_\_  
 Eligibility Date: \_\_\_\_\_  
 Insurance: \_\_\_\_\_



School/Agency: Please fax completed form with Heiken Fax Cover Sheet to (305) 856-9840 / 1(888) 980-8474

A Política 5.8 do Código de Conduta do Estudante estabelece as normas do Distrito para os alunos das Escolas Públicas do Condado de Broward. As regras se aplicam a todas as atividades que ocorrem em dependências escolares, em outros locais sendo utilizados para atividades escolares, e em todos os veículos autorizados a transportar estudantes. A sua assinatura abaixo não indica que você concorda ou discorda das regras, **mas apenas que você examinou a cópia eletrônica destas regras** (<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 completar todos os formulários necessários por via eletrônica, acesse o Kit de Ferramentas de Volta às Aulas (<http://www.browardschools.com/backtoschool>).

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

- Saber 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)).
- Saber que, por questões de segurança, no caso de alunos que utilizam o serviço de ônibus escolar, os motoristas estão autorizados a deixar os estudantes descer do ônibus SOMENTE em 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 aluno, de frequentar a escola regularmente, ou de tomar parte em atividades escolares.
- Estar cientes de que as medicações devem ser administradas de acordo com a Política SB 6305, 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 estão descritas na Política SB 5006. A Política SB 6305 descreve as regras referentes ao medicamentos de venda livre ou de prescrição médica e a Política SB 5006 descreve as consequências das violações destas regras. As políticas completas sobre saúde e suspensão e/ou expulsão, bem como todas as normas do Conselho Escolar, podem ser acessadas no site: [www.Broward.k12.fl.us/sbbcpolicies](http://www.Broward.k12.fl.us/sbbcpolicies).
- Estar cientes de que os pais têm direitos com relação à privacidade e sigilo dos registros estudantis que são mantidos pelas escolas, conforme definido na Seção VIII deste livreto.
- 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 que não são retirados até o final do ano letivo serão doados a instituições de caridade locais.
- Reconhecer 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, qualquer conduta do estudante fora do campus escolar, que afete seriamente 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 ocorrem 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 (ver definição de bullying na Seção II), as autoridades escolares devem ser informadas, as quais irão investigar e/ou fornecer assistência e intervenção, conforme o diretor/representante decidir apropriado, o que pode incluir o envolvimento do policial da escola (School Resource Officer).
- Certificar-se de que seus filhos sigam o uso legal, ético e responsável de tecnologia, incluindo redes, recursos digitais, internet e programas de software, conforme definido na Seção IV deste livreto.
- Os pais continuarão a ter responsabilidade sobre alunos que atingem a idade de maioridade (18 anos de idade ou mais), para todos os fins educacionais e disciplinares, com certas exceções estipuladas pelo estatuto.

**Nota: As seleções dos pais em cada formulário do Código de Conduta do Estudante ficarão em vigor até que um novo formulário seja apresentado.**

---

Nome do Estudante (letra de forma)

---

Assinatura do Estudante

---

Nome do Pai/Responsável (letra de forma)

---

Assinatura do Pai/Responsável

---

Data