

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA
FORMULÁRIO DE MATRÍCULA DO ESTUDANTE

(Student Registration Form)

Somente o pai/mãe (F.S. 1000.21(5)) que matricular o estudante (i.e., preencher este formulário), ou outras pessoas identificadas abaixo, podem tirar o estudante de sua escola atual, a menos que haja comprovante de circunstâncias atenuantes indicando o contrário. Se houver mudanças na informação abaixo, é a responsabilidade dos pais de avisar a escola dentro de 10 dias de aula. Para as perguntas 6 e 7, favor ler as instruções em anexo.

1. Estudante (Nome Legal) _____
Sobrenome Nome Nome do meio

2. Endereço _____ Edif. _____ Apto. _____ Cidade _____ CEP _____

3. Telefone Res. _____ Telefone Cel. _____ Email _____

4. N° Ident. Escolar da Flórida _____ 5. S.S.N. do Estudante _____ (F.S. 1008.386 requer que o SBBC solicite esta informação para o registro permanente do estudante)

6. Etnicidade: O estudante é de origem Hispânica, Latina, ou Espanhola? Sim _____ Não _____

7. Raça: W _____ B _____ A _____ AM/IND _____ HAW/PI _____
(Branca) (Negra ou Africana Americana) (Asiática) (Índio Americano/Natural do Alasca) (Natural do Havai/outra Ilhéu do Pacífico)

8. Sexo: Masc. _____ Fem. _____ 9. Nível de Série Atual _____ 10. Data de Nasc. ____/____/____ Verificado com _____

11. Local de Nasc.: Cidade _____ Estado ou País _____ 12. Data de Entrada nos EUA ____/____/____

12. O estudante já frequentou anteriormente:

- Escola Pública de Broward? Sim _____ Não _____ No caso de sim, Escola _____
- Escola Pública da Flórida? Sim _____ Não _____ No caso de sim, Escola _____ Condado _____
- Fora da Flórida? Sim _____ Não _____ No caso de sim, Escola _____ Cidade _____
País _____ Marque uma: Pública _____ Particular _____ Outra _____

13. O estudante já esteve ou foi alguma vez:

- Reprovado (repetiu uma série)? Sim _____ Não _____ Série (s) _____
- em um Programa de Educação Domiciliar? Sim _____ Não _____ No caso de sim, nome do condado/estado/país _____
Período de frequência: De ____/____/____ Até ____/____/____
- em Educação de Estudante Excepcional (ESE)? Sim _____ Não _____ Programa _____
- em um Programa *Magnet*? Sim _____ Não _____ No caso de sim, nome do Programa *Magnet* _____
- expulso da escola? Sim _____ Não _____ condenado por crime capital? Sim _____ Não _____

14. É usado outro idioma em casa que não seja inglês? Sim _____ Não _____ No caso de sim, idioma usado: _____
Você gostaria de receber informações neste idioma? Sim _____ Não _____

15. O estudante tem uma língua materna que não seja o inglês? Sim _____ Não _____

16. O estudante fala algum outro idioma mais frequentemente do que o inglês? Sim _____ Não _____ No caso de sim, idioma falado: _____
Conforme as suas respostas a estas perguntas, a sua criança poderá ser avaliada para o programa de ESOL.

17. O estudante mora com: Ambos os pais _____ Pai _____ Mãe _____ Outro (relação com o estudante) _____

18. Estado civil dos pais: (opcional) Casados _____ Divorciados _____ Separados _____ Viúvo(a) _____ Outro _____

Pelo que me consta, a informação acima está correta e completa. Se houver mudança de nome, endereço, ou telefone, irei notificar a escola dentro de dez (10) dias. Compreendo que o estudante, cujos pais forem descobertos, após investigação adequada, de terem submetido informação fraudulenta para poder matricular o estudante em uma escola na qual o mesmo não foi designado, será tirado imediatamente da escola e o pai/mãe deverá matriculá-lo na escola designada. Eu li a informação acima (de acordo com a Norma 5.1 do Conselho de Escolas) e compreendo que se eu fornecer informação falsa, serei denunciado à Procuradoria do Estado.

Assinatura do Pai/Mãe _____ Data: _____
 Existe outra pessoa que tenha o direito de tirar o seu estudante desta escola? Sim _____ Não _____
 No caso de sim, escreva os nomes em letra de forma _____

FOR SCHOOL USE ONLY:

Enrollment Date ____/____/____ Proof of Residence _____ Review Dates * ____/____/____

Statement of Bonafide Residence Form Provided Temporary Custody Reassignment (must enter code)

ELL ELL Codes (Circle One) LY LF LZ ZZ

Health Exam Certificate (for students entering a Florida school for the first time, a health exam must be done within one (1) year prior to the day of registration)

Florida Certificate of Immunization (680) Form Overall Immunization Status _____

Temporary Exemption (if checked, enter expiration date: ____/____/____) Medical Exemption Religious Exemption

Registrar: _____ Date: ____/____/____

Copies given to: Registrar Guidance DPC Other (specify) _____

* Registration information must be reviewed and confirmed for accuracy whenever a student changes schools or moves from elementary to middle school or middle to high school. The date(s) of review should be reflected here.

School Name _____ Teacher _____ Current Grade _____ Enrollment Date _____