Established 1915
BROWARD County Public Schools

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/school-board/school-board-policies.
- Estar cientes de que os pais têm direitos com relação à privacidade e confidencialidade dos registros estudantis mantidos pelas escolas, conforme definido na Seção IV desta política.
- Estar cientes de que nem o Conselho Escolar, nem seus funcionários, serão responsabilizados por ítens 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 ítens 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 bullying na Seção VI), 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 V desta política.
- Os pais continuarão a manter a responsabilidade pelos estudantes até que atinjam a maioridade (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	

BED<pt-br/jl/07/26>Document translated by the Bilingual/ESOL Department (07/26)

Termo de Autorização à Mídia do Ano Letivo de 2026/27 (Todas as Séries)

Como pai/mãe ou responsável por um(a) estudante matriculado(a) nas Escolas Públicas do Condado de Broward, compreendo que podem surgir oportunidades para que meu(minha) filho(a) seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) por veículos de imprensa, representantes da escola e funcionários do Distrito para publicações escolares e/ou para divulgar as escolas e o Distrito.

Por favor, preencha as Seções A e B abaixo

(Se nenhuma opção for marcada em uma seção, será considerada automaticamente a opção "NÃO AUTORIZO".)

Seção A - Comunicações Externas

Selecione a sua preferência:

1. ____ **AUTORIZO** que meu(minha) filho(a) seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) pela mídia jornalística (mediante a devida autorização do Distrito) e por funcionários da escola e do Distrito para comunicações públicas (por exemplo, reportagens transmitidas pela mídia, sites e redes sociais).

2. ____ **NÃO AUTORIZO** que meu(minha) filho(a) seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) pela mídia jornalística e por funcionários da escola e do Distrito para fins de comunicação pública.

Seção B - Uso Interno por Escolas e Departamentos

Selecione a sua preferência:

1. ____ **AUTORIZO** que meu(minha) filho(a) seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) para publicações escolares (por exemplo, anuários e jornais escolares), bem como para eventos e atividades escolares. ***Observação: Para viabilizar as publicações escolares, o Distrito poderá compartilhar informações com fornecedores autorizados, como o nome do(a) estudante, endereço residencial do(a) estudante, número de telefone do(a) estudante e/ou de seus pais/responsáveis, ano escolar, nome dos professores e números das salas de aula. Em eventos esportivos, também poderão ser divulgados a posição do(a) estudante na equipe esportiva e o número de sua camisa.***

2. ____ **NÃO AUTORIZO** que meu(minha) filho(a) seja fotografado(a), filmado(a) e/ou entrevistado(a) para publicações escolares (por exemplo, anuários e jornais escolares), bem como para 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 2026/27 (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 DIRETÓRIO

"Informações de Diretório" são informações de identificação pessoal que, em geral, não seriam consideradas prejudiciais nem uma invasão de privacidade caso fossem divulgadas. De acordo com a Lei de Direitos Educacionais e Privacidade da Família (FERPA), o SBBC poderá, a seu critério, divulgar informações de diretório de um(a) estudante de qualquer ano escolar, desde que os pais/responsáveis ou o(a) estudante com 18 anos ou mais não tenham optado por não autorizar essa divulgação. O SBBC reserva-se o direito de divulgar Informações de Diretório somente:

(a) a faculdades, universidades ou outras instituições de ensino superior nas quais o estudante esteja matriculado, possa vir a se matricular ou para as quais possa ser recrutado;

(b) para eventos esportivos, atividades patrocinadas pela escola, banda, equipe de bandeiras (color guard), baile de formatura (prom), publicações escolares, materiais instrucionais e outras ferramentas de comunicação escolar (incluindo, entre outros, anuários, programas esportivos, programas de formatura, folhetos de recrutamento, programas teatrais, sites da escola e do Distrito, redes sociais e avisos e exposições em todas as dependências da escola);

(c) para 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) para comitês de reunião de turma (e similares) para fins de programação de reunião de turma.

TIPOS DE INFORMAÇÕES DE DIRETÓRIO

Os pais/responsáveis por estudantes de qualquer ano escolar, bem como os estudantes elegíveis (maiores de 18 anos, emancipados ou matriculados em uma instituição de ensino pós-secundário), podem optar por não autorizar a divulgação de algumas ou de todas as Informações de Diretório descritas abaixo. Para isso, devem marcar com um sinal de visto (√) 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 diretório, 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 (Parental Request for Exemption of Personal Information for Selected Occupations).

Formulário de Autoexclusão da ESSA (11º e 12º Anos) - Ano Letivo de 2026/27

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** do 11º e 12º anos 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 do 11º e 12º anos devem também preencher o Formulário de Autoexclusão da FERPA.

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 _____

ESE & Specialized Instruction
Coordinated Student Health Services
Andrea Ciotti, Director
1400 NW 14 Court
Fort Lauderdale, Florida 33311
phone: 754-321-1575 • fax: 754-321-1695
andrea.ciotti@browardschools.com
www.browardschools.com/cshs

The School Board of Broward County, Florida

Sarah Leonardi, Chair
Dr. Jeff Holness, Vice Chair

Lori Alhadeff
Maura McCarthy Bulman
Adam Cervera, Esq.
Debra Hixon
Nora Rupert
Rebecca Thompson
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 pelo Departamento de Serviços Coordenados de Saúde Estudantil das Escolas Públicas do Condado de Broward (BCPS).

Serviços de Saúde Escolar
A BCPS trabalha 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 Estudantil 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 Estudantil) 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(a) 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 escola. 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 na cabeça

Seu(sua) filho(a) deve estar livre de sintomas – sem vômito, diarreia ou febre – por pelo menos 24 horas, sem o uso de medicamentos para reduzir a febre, antes de retornar à escola. A BCPS fez uma parceria com a Hazel para oferecer serviços de telemedicina gratuitamente a todos os estudantes matriculados na BCPS. É necessário consentimento. Acesse o site www.browardschools.com/cshs para fornecer o consentimento e obter informações adicionais.

Exames de Saúde Exigidos pelo Estado
O Estatuto da Flórida 381.0056 exige que sejam realizados exames de saúde não invasivos para todos os estudantes do Kindergarten, 1°, 3° e 6° anos. Se o estudante não passar em um determinado exame de saúde, será enviado para casa um guia de encaminhamento indicando que é recomendável um acompanhamento. Caso deseje excluir seu(sua) filho(a) da triagem, isso deve ser feito por escrito. 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 Kindergarten, 1º, 3º e 6º anos e recém-chegados ao BCPS até o 5º ano
- Audição: estudantes do Kindergarten, 1º, 3º e 6º anos e recém-chegados ao BCPS até o 5º ano
- Índice de Massa Corporal (IMC, ou BMI em inglês): estudantes do 1º, 3º e 6º anos e recém-chegados ao BCPS até o 5º ano
- Escoliose: estudantes do 6º ano

Condições de Saúde
Se seu(sua) filho(a) tiver alguma das seguintes condições de saúde, incluindo, mas não se limitando a anafilaxia, asma, diabetes, fibrose cística ou convulsões, informe à escola, preenchendo os dois lados da Ficha de Contato de Emergência do Estudante e o formulário de Avaliação do Estado de Saúde (Health Condition Review form). Dependendo da condição de saúde informada, pode ser solicitado que você apresente documentação de um profissional de saúde. Acesse Serviços Coordenados de Saúde do Estudante / Condições Crônicas de Saúde (browardschools.com) para obter mais informações.

Administração de Medicamentos na Escola (com ou sem prescrição médica)
Se medicamentos ou tratamentos forem medicamente necessários durante o horário escolar, envie à escola o formulário atual de Autorização para Medicamento/Tratamento, assinado por um profissional de saúde e por um dos pais ou responsável. Para obter o formulário, acesse www.browardschools.com/healthforms.

O Plano de Manejo Médico para Diabetes (DMMP) é obrigatório para estudantes com diabetes e deve ser preenchido e assinado tanto por um profissional de saúde quanto por um dos pais ou responsável. Para acessar o formulário, visite: www.browardschools.com/healthforms.

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 do 9º ao 12º ano pode ser preenchida e assinada po um dos pais ou responsável. Para mais informações, acesse www.browardschools.com/healthforms.

Imunizações
De acordo com o Estatuto da Flórida 1003.22, todos os estudantes que ingressam ou frequentam uma escola pública ou privada na Flórida — do Kindergarten ao 12º ano — devem apresentar comprovante de imunização documentado no Formulário DH 680 ou DH 681 do Departamento de Saúde da Flórida (FDOH). Para garantir que seu(sua) filho(a) esteja pronto(a) para a escola, você pode verificar se ele(a) possui as imunizações exigidas consultando o profissional de saúde da criança ou entrando em contato com o FDOH em Broward pelo telefone (954) 467-4700.Isenções religiosas, se desejadas, devem ser emitidas pelo FDOH. Para mais informações, incluindo como obter essas vacinas gratuitamente, visite: https://www.browardschools.com/immunizations

Recursos Comunitários
Caso não tenha plano de saúde, solicite um formulário de inscrição para o Seguro de Saúde Infantil da Flórida (Florida KidCare). Acesse KidCare Outreach | Florida Department of Health in Broward.

O Programa de Visão Infantil Florida Heiken oferece exames de vista e óculos prescritos gratuitamente para estudantes que necessitam de serviços oftalmológicos completos. Acesse Heiken-Flyer-English.pdf (browardschools.com).

Em caso de dúvidas, entre em contato com os Serviços Coordenados de Saúde Estudantil pelo telefone (754) 321-1575, ou acesse www.browardschools.com/cshs.

Coordinated Student Health Services

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: _____ Nome do(a) Estudante: _____

Data de Nascimento: _____ 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/TREINAMENTO

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

Data do diagnóstico: _____

Sinais e sintomas (se hourver): _____

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), autoinjetor 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.) if applicable for conditions requiring written documentation ❑

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

Established 1915
BROWARD
County Public Schools

2026-2027
Requisitos de Imunização Escolar

Antes de entrar ou frequentar a escola presencial ou virtualmente (do Kindergarten ao 12º ano), cada estudante deve apresentar uma *Certificação de Imunização da Flórida* (formulário DH 680)*, documentando as seguintes vacinas:

Kindergarten ao 12º Ano:

- Quatro ou cinco doses da vacina contra difteria-tétano-coqueluche (DTaP)±
- Três doses da vacina contra a hepatite B (Hep B)
- Quatro ou cinco doses da vacina contra a poliomielite (IPV)**
- Duas doses da vacina contra sarampo-caxumba-rubéola (MMR)
- Duas doses da vacina contra varicela†

7º Ano:

Além das vacinas do Kindergarten ao 12º ano, os estudantes que ingressam ou frequentam o 7º ano precisam também:

- Uma dose da vacina contra difteria-tétano-coqueluche (Tdap) do 7º ao 12º ano
- Obter um formulário DH 680 atualizado que inclua a vacina Tdap para ser enviado à escola.

Consulte seu prestador de serviços médicos ou pediatra para obter o Formulário DH 680*.
Para mais informações sobre clínicas de imunização gratuita, acesse browardschools.com/vaccinations.

Os estudantes que não tiverem o Certificado de Imunização* completo, indicando cumprimento do cronograma atual de imunizações necessárias, não poderão frequentar as aulas até que esse documento seja apresentado.

As ausências decorrentes do não cumprimento das exigências de imunização serão consideradas não justificadas. (F.S. s. 1003.22(1)) (BCPS Policy 5.5-IV.C.2)

** Os estudantes podem frequentar a escola sem o formulário DH 680 se tiverem uma isenção médica (formulário DH 680-Parte B/C) ou religiosa (formulário DH 681).*

± A quinta dose da vacina DTaP não é necessária se a quarta dose tiver sido administrada aos 4 anos de idade ou depois.

*** Se quatro ou mais doses forem administradas antes dos 4 anos de idade, deve-se administrar uma dose adicional dos 4 aos 6 anos de idade e pelo menos seis meses após a dose anterior. Uma quarta dose não é necessária se a terceira dose tiver sido administrada aos 4 anos de idade, ou depois, e pelo menos seis meses após a dose anterior.*

† A vacina contra varicela não é necessária se a doença de varicela for documentada por um profissional de saúde.

O Conselho Escolar do Condado de Broward, Flórida, proíbe qualquer política ou procedimento que resulte em discriminação com base em idade, cor, deficiência, identidade de gênero, expressão de gênero, nacionalidade, estado civil, raça, religião, sexo ou orientação sexual. O Conselho Escolar também oferece igualdade de acesso aos Escoteiros e outros grupos designados de jovens. Os indivíduos que desejem registrar queixa de discriminação e/ou assédio podem entrar em contato com o Diretor do Departamento de Igualdade de Oportunidades Educacionais/Conformidade com a ADA e Coordenador de Equidade/Coordenador de Título IX do Distrito pelo telefone 754-321-2150 ou pelo e-mail eeo@browardschools.com. Os indivíduos com deficiências que solicitem adaptações nos termos da Lei de Emendas à Lei dos Americanos com Deficiências de 2008 (ADAAA) podem entrar em contato com o Departamento de Igualdade de Oportunidades Educacionais/Conformidade com a ADA pelo telefone 754-321-2150 ou pelo e-mail eeo@browardschools.com.

Exclusão da Pesquisa de Estudantes sobre Competências para a Vida e Bem-Estar de 2026/2027 (4º-12º Ano)

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 do 4º ao 12º ano, 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 2026/2027 (Todas as Séries)

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA
LIBRARY MEDIA SERVICES

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

HEART
Tel #: (754) 321-1566

Established 1915
BROWARD County Public Schools

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 essa regulamentação 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 ATUAL RESIDÊNCIA NOTURNA?

- ☐ Desastre causado pelo homem (D)
- ☐ Inundação (F)
- ☐ Execução hipotecária (M)
- ☐ Tempestade tropical (S)
- ☐ Motivo desconhecido (U)
- ☐ Terremoto (E)
- ☐ Furacão (H)
- ☐ Pandemia (P)
- ☐ Tornado (T)
- ☐ Incêndio florestal (W)
- ☐ 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 (PREK-12) MATRICULADOS OU COM MATRÍCULA PENDENTE EM UMA ESCOLA PÚBLICA OU CHARTER DO CONDADO DE BROWARD, FL. SE TIVER FILHOS MATRICULADOS EM VÁRIAS ESCOLAS, FAVOR PREENCHER UM QUESTIONÁRIO POR ESCOLA. OBSERVAÇÃO: Se seu(s) filho(s) for(em) elegível(eis) para McKinney-Vento, você receberá uma Carta de Aceitação para cada filho(a).

Nome Completo do(a) Estudante (Nome, Inicial do Meio e Sobrenome)	Nº da Identidade del estudiante	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 CONTRAVENÇÃO DE SEGUNDO GRAU.**

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

Nome completo do pai/mãe/responsável em letra de forma _____ 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 _____

Pesquisa para Pais sobre Caminhar e Pedalar até a Escola - 2026/2027 (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:

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 Kindergarten ao 8º ano? ☐☐

4. Qual é o cruzamento de rua mais próximo de sua casa? (Forneça os nomes das duas ruas do cruzamento)

e

+ 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?

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

16. Adicione comentários abaixo.