

 Form JBC-3c

*Portuguese*

**30-DAY ENROLLMENT WAIVER FOR**

**Georgia Department of Public Health Form 3300 (Certificate of Vision, Hearing, Dental, and Nutrition Screening)**

***CONCESSÃO DE 30 DIAS PARA A MATRÍCULA***

***Formulário # 3300 do Departamento de Saúde Pública do Estado da Geórgia (Certificado de exames de visão, audição, dentário e nutricional)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Escola:** |  |

**Este formulário precisa ser preenchido totalmente.**

**Escreva com letra de forma ou digite**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do aluno: |       |  Série: |       |  Data de nascimento: |       |  Idade: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome dos pais/responsáveis: |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data da matrícula: |       |  |  |

De acordo com o Código Oficial Anotado da Geórgia (OCGA) parágrafo 20-2-770, o aluno mencionado acima está solicitando a matrícula, durante um período de 30 dias corridos, durante o qual todos os requisitos do Formulário 3300 do Departamento de Saúde Pública do Estado da Geórgia (Certificado de exames de visão, audição, dentário e nutricional) serão atendidos. Esta concessão poderá ser prorrogada para um total de 90 dias, de acordo com a Regra do Departamento de Saúde Pública do Estado da Geórgia 511-5-6-.02.

**Compreendo que tenho a responsabilidade de fornecer o formulário exigido pela escola dentro do período de 30 dias e que o aluno poderá ser retirado da escola no 31º dia corrido se o Formulário 3300 do Departamento de Saúde Pública do Estado da Geórgia (Certificado de exames de visão, audição, dentário e nutricional) não for preenchido.**

Assinatura dos pais/responsáveis: Data:

**NÃO ESCREVA ABAIXO DESTA LINHA - ÁREA RESERVADA SOMENTE PARA USO DA ESCOLA**

*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\**

Date of 30th Calendar Day: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Principal/Designee Signature: Date: