 Form JBC-5

PORTUGUESE

**Student Enrollment Form**

**FORMULÁRIO DE MATRÍCULA ESTUDANTIL**

**(Please PRINT all information/ IMPRIMIR toda informação em letra de forma)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Today’s Date: |  |  | First Day of School: |  |  | School Year: 20 |  | -20 |  |

*Data atual* ***1º dia de aula*** *Ano letivo:*

**STUDENT ENROLLMENT INFORMATION/**INFORMAÇÃO DE MATRÍCULA DO ESTUDANTE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| School: |  | Grade: |  | Student ID#: |  |

*Escola Série Nºde identidade do aluno*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Student’s Legal Name: |  | Name Called: |  |

*Nome legal do aluno* Last/So*brenome* First/*Nome próprio* Middle/*Nome do meio Nome chamado*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Birth Certificate Gender:  Male  Female |  | Birth Date: |  | / | / |  | \*Social Security #: |  |

*Sexo da Certidão de Nascimento Masculino Feminino Date/Data de nascimento Nº do Seguro Social*

Student Resides with:  Both Parents  One Parent  Parent & Step Parent  Guardian  Foster Parent  Other\*\*

*Reside com Ambos pais Um dos pais Pai/Mãe&Padrasto/Madrasta Responsável Pai adotivo Outro\*\**

**ENROLLING ADULT PRIMARY FAMILY INFORMATION (Family #1)/INFORMAÇÃO PRIMORDIAL DA FAMÍLIA DO RESPONSÁVEL PELA MATRÍCULA) (Responsável 1)** (The enrolling adult must sign at the bottom of this form in order to complete enrollment.)

**NOTE: The child must reside primarily with the enrolling adult.**

*(O responsável pela inscrição deve assinar formulário abaixo para que a matrícula seja concluída.)*

***NOTA: A criança deve residir a maior parte do tempo com o responsável pela matrícula.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name of Enrolling Adult: |  | \*\*Relationship to Student: |  |

*Nome do responsável pela matrícula: Last/Sobrenome First/Nome Middle/Meio Parentesco*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dwelling Address/*Endereço residencial***   |  | | --- | |  | | Street/ *Rua*  Apt/Lot#/*Aptº/Lote* | |  | |  | | City/*Cidade* Zip/*CEP* | |  | **Mailing Address/*Endereço postal***   |  | | --- | |  | | Street/ *Rua* Apt/Lot#/*Aptº/Lote* | |  | |  | | City/*Cidade*  Zip/*CEP* | |

Family Status:  Married  Separated  Divorced  Single

*Estado civil da família Casado Separado Divorciado Solteiro*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Family Phone #: |  | Cell Phone #: |  | Work Phone #: |  | ext. |  |

*Tel. da família Celular Tel. Comercial Ramal*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Occupation/Employer: |  | E-mail: |  |

Profissão/Empregador

Do you:  own  rent or  \*\*\*share a residence with another family

*Possui casa própria aluguel ou* moradia compartilhada com outra família

|  |  |
| --- | --- |
| If you share a residence with another family, list family/owner’s name: |  |

*Caso compartilhe a moradia, fornecer o nome da família e dono do imóvel*

|  |  |
| --- | --- |
| Parent’s preferred language for school communication? |  |

*Idioma preferida dos pais para a comunicação escolar?*

**SECONDARY FAMILY INFORMATION (Family #2)/ *INFORMAÇÃO DA FAMÍLIA SECUNDÁRIA (Família nº2)*** (Parent/guardian not residing with the Family #1 household above) *(Pai/responsável que não resida no mesmo endereço acima da Família nº 1)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name of Parent/Guardian #2: |  | Relationship to Student: |  |

*Nome do pai/responsável nº2:* Last/*Sobrenome* First/*Nome Próprio* Middle/*Meio Parentesco*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Address: |  |  |  |  |  |  |  |

*Endereço* Street/ *Rua*  City/*Cidade* State*/Estado* Zip/*CEP*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Home Phone #: |  | Cell Phone #: |  | Work Phone #: |  |  | ext. |  |

*Tel.residencial cellular Tel. commercial ramal*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Occupation/Employer: |  | E-mail: |  |

*Profissão/Empregador*

**NOTE: If this adult is authorized by the Enrolling Adult to be called in case of an emergency and/or pick up the student from school, he/she must also be listed as a Student Contact below.**

***NOTA:*** *Se este adulto for autorizado pelo Adulto Matriculado a ser chamado em caso de emergência e/ou pegar o aluno na escola, ele também deve ser incluído como um Contato Estudantil abaixo.*

*\* Pai/responsável que se nega a fornecer um nº de seguro social para a ficha escolar de seu filho, terá que assinar o formulário de renúncia ao nº de seguro social (Form JBC-4) (O.C.G.A. § 20-2-150).*

*\*\*Se não o pai/responsável, formulário Form JBC-14 deve ser preenchido. (O.C.G.A. § 20-2-16)*

*\*\*\*Formulário (Form JB – 2) poderá ser requerido como comprovante residencial (Regra da Secretaria de Educação 160-5-1-.28)*

|  |  |
| --- | --- |
| Student Name/ *Nome do aluno*: |  |

**ADDITIONAL STUDENT INFORMATION*/INFORMAÇÃO ADICIONAL DO ALUNO***

Ethnicity/*Etnia*: Is the student Hispanic/Latino?/*O estudante é hispânico ou latino?*  Yes/*Sim*   No/*Não*

Race/*Raça*: Is the student (check ALL that apply – at least one must be checked)?/*Aluno é (assinale TODAS as opções que se aplicam?*

American Indian or Alaska Native  Asian  Black/African American  Hawaiian/Pacific Islander  White

*Índio Americano/Nativo do Alasca Asiático African American/Negro/Afro Americano Haviano/Ilhas do Pacífico Branco*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ninth Grade Entry Date: |  |  | Entry Date in US Public School: |  | / | / |

*Data de entrada na 9ª série Data de ingresso em escola pública nos E.U.A.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Birth Country: |  | Birth State: |  |

*País de origem Estado de nascimento*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Last School Attended: |  | Address: |  |

*Última escola frequentada Endereço*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Last School Attended Phone Number: |  | Location: |  |

*Telefone da última escola frequentada:* *Endereço* County/*Condado* State/*Estado* Country/*País*

Has the student EVER attended a Cobb County school before?  Yes  No

*Aluno ALGUMA VEZ já cursou uma escola no Condado de Cobb? Sim Não*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| If yes, list the Cobb County school and grade/year enrolled: |  | Grade: |  | Year(s): |  |

*Caso afirmativo, listar as escolas do Condado de Cobb e série/ano Série Ano(s)*

Has the student EVER attended a Georgia public school?  Yes  No

*Aluno ALGUMA VEZ já cursou uma escola pública na Geórgia? Sim Não*

Name and age of siblings under 18

*Nome e idade dos irmãos menores de 18 anos*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Last First Middle Date of Birth Last First Middle Date of Birth

*Sobrenome Nome Meio Data de nascimento Sobrenome Nome Meio Data de nascimento*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Last First Middle Date of Birth Last First Middle Date of Birth

*Sobrenome Nome Meio Data de nascimento Sobrenome Nome Meio Data de nascimento*

Does the student currently receive any of these services?/Seu filho recebe presentemente algum destes serviços?

Gifted/Talented  Advanced Classes  Early Intervention (EIP)  ESOL

*Dotado Cursos avançados Prog. De Intervenção Infatil Inglês c/o 2º Idioma*

Special Education/IEP  504 Plan  Response to Intervention (RtI)  Speech

*Educação Especial/Plano de Educação Individual(IEP) Plano 504 Resposta à Intervenção (RtI) Fono*

**HOME LANGUAGE SURVEY*/QUESTIONÁRIO DE IDIOMA*** (Required prior to enrollment-State Board of Education Rule 160-4-5-.02) Used for screening and determination of eligibility for Language Assistance Program – ESOL.

*(Requerimento pré-matricular- Regra da Secretaria de Educação do Estado 160-4-5-.02) usado para avaliar e determinar a elegibilidade para o Programa de Assistência Linguística*

|  |  |
| --- | --- |
| Which language does your child best understand and speak? (Primary Language): |  |

*Qual idioma seu/sua filho(a) entende e fala melhor? (Primeiro idioma):*

|  |  |
| --- | --- |
| Which language does your child most frequently speak at home? (First/Dominant Language): |  |

*Qual idioma seu/sua filho(a) fala mais frequentemente em casa? (Idioma predominante)*

|  |  |
| --- | --- |
| Which language do adults in the home most frequently use when speaking with your child? (Home Language): |  |

*Qual idioma os adultos em sua casa usam mais frequentemente para se comunicar com seu/sua filho(a)? (Idioma nativo)*

**ACTIVE MILITARY SURVEY/*QUESTIONÁRIO militar ativo***

Does either parent/guardian/step-parent with who the student resides meet any of the following:/*Um dos pais/responsável/padrastos com quem o aluno reside se enquadra a qualquer uma das seguintes opções:*

**\**

|  |  |
| --- | --- |
| Is an active member of the uniformed services:  *É um membro ativo dos serviços uniformizados:* | Yes  No |

|  |  |
| --- | --- |
| Is currently a member of the military reserves in the U.S. Armed Forces, National Guard or Reserve:  *Atualmente é membro das reservas militares nas Forças Armadas Americanas, Guarda Nacional ou Reserva:* | Yes  No |

|  |  |
| --- | --- |
| Is a member or veteran of the uniformed services who is severely injured and medically discharge or retired for  a period of one year after medical discharge or retirement:  *É um membro ou um veterano dos serviços uniformizados que está gravemente ferido e foi dispensado por motivo de saúde ou reformado por um período de um ano após a dispensa médica ou aposentadoria:* | Yes  No |

|  |  |
| --- | --- |
| Is a member of the uniformed services who died on active duty or as a result of injuries sustained on active  duty for a period of one year after death:  *É um membro dos serviços uniformizados que morreu na ativa ou como resultado de ferimentos sofridos na ativa por um período de um ano após a morte:* | Yes  No |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MIGRANT OCCUPATIONAL SURVEY*/LEVANTAMENTO OCUPACIONAL PARA MIGRANTE*** |  |  |

Has your family moved in order to work in another city, state, or country in the past 3 years?  Yes  No

*Sua família mudou-se para trabalhar em outra cidade,estado ou país nos últimos 3 anos? Sim Não*

|  |  |
| --- | --- |
| If so, what was the date your family arrived in the city/town in which you now reside? |  |

*Caso afirmativo, qual foi a data que sua família chegou a cidade em que reside agora?*

Has anyone in your immediate family been involved in one of the following occupations, either full or part-time or temporarily during the last 3 years? (Check all that apply)

*Alguém em nossa família imediata esteve envolvido em uma das seguintes ocupações, total ou parcial ou temporariamente durante os últimos 3 anos? (Marque todas que se aplicam)*

Agriculture (planting/picking fruits or vegetables)  Dairy/Poultry/Livestock  Fishing or fish farming

*Agricultura(plantio/colheita de frutos/vegetais) Lacticínios/Aves/Gado Pescaria/Peixe*

Planting, growing, or cutting trees/raking pine straw  Meat packing/Meat processing/Seafood

*Plantio, cultivo ou corte de àrvores/palha de Processamento de carne carne/embalagem/marisco*

Processing/packing agricultural products  Other (please specify occupation) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Empacotar/embalagem de produtos agrícolas Outros (favor especificar ocupação)*

**MEDICAL INFORMATION*/INFORMAÇÃO MÉDICA***

|  |  |
| --- | --- |
| Does the student need to take medication at school:  Yes  No Medication: |  |

*Aluno necessita de algum remédio durante o horário escolar Sim Não Medicamento*

|  |  |
| --- | --- |
| Special medical problems: |  |

*Problemas de saúde*

|  |  |
| --- | --- |
| Allergies: |  |

*Alergias*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Licensed Health Care Provider: |  | Phone: |  |

*Nome do consultório Tel*

In the event of a medical emergency, the District will have the student transported to the closest doctor or medical facility for treatment. Parents/guardians will assume full responsibility for all charges incurred. I prefer that my child be transported to

*Em caso de emergência médica, eu autorizo, o Distrito a transportar meu filho para tratamento ao médico ou hospital mais próximo. Todas as despesas/custos ocorridos serão de inteira responsabilidade dos pais/responsáveis. Se possível, eu prefiro que meu filho seja transportado ao Hospital*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Hospital for treatment./*Hospital para tratamento.* |

**TRANSPORTATION/*TRANSPORTE***

Morning Car Rider  Morning Day Care  Morning Bus Rider

*Carro de manhã Creche de manhã Ônibus de manhã*

Afternoon Car Rider  Afternoon Day Care  Afternoon Bus Rider  CCSD After School Program

*Carro à tarde Creche à tarde Ônibus à tarde ASP - Prog. de Creche na Escola*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name of Day Care: |  | Phone #: |  |

*Nome da creche Telefone*

**STUDENT CONTACT INFORMATION*/ INFORMAÇÕES DE CONTATO DO ALUNO***

The following adults are designated as Student Contacts for the student.

*Os seguintes adultos são designados como Contatos Estudantis para o aluno.*

* **Release To** – This person has permission from the enrolling adult to pick up the student from school or ASP.

***Liberação*** *– Essa pessoa tem permissão do adulto matriculado para pegar o aluno na escola ou ASP*

* **Contact Allowed** – This person may be contacted by the school in case of an emergency. He/she may also receive general notifications from the school not related to the individual student’s educational record.

***Contato Permitido*** *– Essa pessoa pode ser contatada pela escola em caso de emergência. Também podem receber notificações gerais da escola não relacionadas ao histórico educacional individual do aluno.*

* **Education Rights** – This person may have access to the student’s educational records under FERPA, including online access to grades, discipline, and attendance.

***Direitos******Educacionais*** *– Essa pessoa pode ter acesso aos registros educacionais do aluno sob FERPA, incluindo acesso online a notas, disciplina e frequência.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Contact Name/ *Nome de contato*: | |  | | |  | Relationship to Student/ *Relação com o Estudante*: | |  | | | |
| Email Address/ *Endereço de e-mail*: | |  |  | Primary Phone/ *Telefone primário*: | | |  | |  | Cell Phone/ *Celular:* |  |
| Contact Type/ *Tipo de contato:* | Release To/*Liberação*   Contact Allowed/ *Contato Permitido*  Education Rights/ *Direitos Educacionais* | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Contact Name/ *Nome de contato*: | |  | | |  | Relationship to Student/ *Relação com o Estudante*: | |  | | | |
| Email Address/ *Endereço de e-mail*: | |  |  | Primary Phone/ *Telefone primário*: | | |  | |  | Cell Phone/ *Celular*: |  |
| Contact Type/ *Tipo de contato*: | Release To/*Liberação*  Contact Allowed/ *Contato Permitido*  Education Rights/ *Direitos Educacionais* | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Contact Name/ *Nome de contato*: | |  | | |  | Relationship to Student/ *Relação com o Estudante*: | |  | | | |
| Email Address/ *Endereço de e-mail*: | |  |  | Primary Phone/ *Telefone primário*: | | |  | |  | Cell Phone/ *Celular*: |  |
| Contact Type/ *Tipo de contato*: | Release To/ *Liberação*  Contact Allowed/ *Contato Permitido*  Education Rights/ *Direitos Educacionais* | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Contact Name/ *Nome de contato*: | |  | | |  | Relationship to Student/ *Relação com o Estudante*: | |  | | | |
| Email Address/ *Endereço de e-mail*: | |  |  | Primary Phone/ *Telefone primário*: | | |  | |  | Cell Phone/ *Celular*: |  |
| Contact Type/ *Tipo de contato*: | Release To/ *Liberação*  Contact Allowed/ *Contato Permitido*  Education Rights/ *Direitos Educacionais* | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Contact Name/ *Nome de contato*: | |  | | |  | Relationship to Student/ *Relação com o Estudante*: | |  | | | |
| Email Address/ *Endereço de e-mail*: | |  |  | Primary Phone/ *Telefone primário*: | | |  | |  | Cell Phone/ *Celular*: |  |
| Contact Type/ *Tipo de contato*: | Release To/ *Liberação*  Contact Allowed/ *Contato Permitido*  Education Rights/*Direitos Educacionais* | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

Enrolling Adult Signature Enrolling Adult Printed Name Date

*Assinatura do responsável pela matrícula Imprimir o nome do responsável Name Data*