

Matrícula no Jardim de Infância

Classe de 2033

Para alunos que entram no Jardim de Infância no fracasso de 2020

11 de fevereiro de 2020
9:00 - 13:00

12 de fevereiro de
2020 1:00 - 18:00

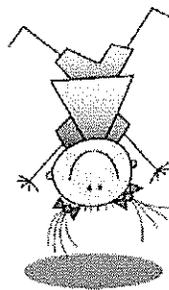
Sala municipal de Treinamento
do 3º Andar

Mais informações por vir

Saltando para o Jardim de Infância

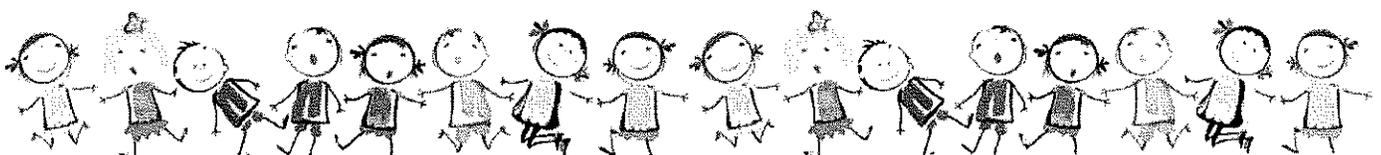
17 de março de 2020
- 8:00 PM

Horace Mann Middle
School Auditório



Tudo o que você precisa saber sobre o jardim de infância...

Membros da Comunidade Escolar Franklin fornecerão às famílias informações sobre uma série de tópicos, incluindo currículo do jardim de infância, transporte, segurança escolar, triagem do jardim de infância, serviços de saúde, orientação do jardim de infância, primeiro dia de aula e muito mais!





Escolas Públicas Franklin

Informações importantes sobre saúde

O Departamento de Saúde Pública de Massachusetts requer os seguintes formulários de saúde para todos os estudantes que entram no Jardim de Infância:

I. CERTIFICADO DE IMUNIZAÇÃO - Este formulário documenta as imunizações necessárias do seu filho indicando que recebeu o seguinte:

Imunização	Doses necessária
Vacina varicela (ou verificação do médico da doença da varicela)	2 Doses
Vacina contra hepatite B	3 Doses
DTaP (A menos que a 4ª dose tenha sido dada após o 4º aniversário, depois apenas 4 doses)	5 Doses
Vacina contra pólio (A menos que a 3ª dose tenha sido dada após o 4º aniversário, apenas 4 doses) **A dose final de poliomielite deve ser dada ou após a idade 4 E pelo menos 6 meses após a dose anterior.	4 Doses
RM (Sarampo, Caxumba, Rubéola)	2 Doses
Triagem de chumbo	
Triagem de visão documentada (dentro de 12 meses após o início do jardim de infância)	
Documentação de Isenção Religiosa ou Médica (exigida anualmente)	

Por favor, note: Todos os exames físicos e registros de imunização devem estar atualizados e assinados pelo médico do seu filho.

II. EXAME FÍSICO - Exame do Prestador de Cuidados de Saúde

- Nenhuma criança poderá frequentar a escola sem um exame físico atual.
- O exame físico deve ser concluído dentro dos doze (12) meses antes da entrada escolar do seu filho.
- Se um registro atual de um exame físico não estivesse disponível no momento da inscrição, ele deve ser submetido ao escritório de saúde na escola do seu filho antes do primeiro dia de aula para o Jardim de Infância, para que seu filho comece a estudar.

Entrada de grau _____

PR _____

BC _____

IMM _____

Folha de Dados do Aluno

(a ser preenchido pelos pais/responsáveis)

Nome completo do aluno: _____

Ontem

Primeiro

Meio (completo)

Gênero: Masculino Feminino Outro Declínio ao Estado

Endereço: _____

Telefone de casa: _____ Telefone celular: _____

Data de Nascimento: Mês: _____ Dia: _____ Ano de Nascimento: _____

Local de Nascimento (cidade/localidade): _____

Nome do Pai/Guardião #1: _____

Endereço (se diferente): _____

Telefone: _____ Número de telemóvel: _____

Email: _____

Ocupação: _____ Número de telefone do trabalho: _____

Nome do Pai/Guardião #2: _____

Endereço (se diferente): _____

Telefone: _____ Número de telemóvel: _____

Email: _____

Ocupação: _____ Número de telefone do trabalho: _____

Guardião Legal: Ambos Pais Um Pai (especificar) _____

A criança é uma ala estatal? Sim Não

Assinatura de pais/encarregados de educação _____

Data _____

HISTÓRIA DA SAÚDE

Nome da criança: _____ Masculino ___ Feminino ___ Outros ___

Declinar para afirmar _____

Endereço _____ Telefone residencial _____

Data de nascimento: _____ Local de nascimento: _____

Nome do Pai/Guardião #1: _____ Telefone: _____

Nome do Pai/Guardião #2: _____ Telefone: _____

Guardião Legal: Ambos os Pais: ___ Um dos Pais: ___ Outro (Nome): _____

DADOS MÉDICOS

Médico de família/Professor de cuidados primários: _____

Dentista Familiar: _____ O seu filho teve cuidados dentários? ___

Nome da Cobertura do Seguro de Saúde: _____

Data do último exame físico (favor fornecer cópia): _____

Por favor, liste quaisquer medicamentos que o seu filho esteja a tomar: _____

O SEU FILHO TEVE ALGUM DOS SEGUINTE SINTOMAS? (Por favor, descreva)

Acidentes (data e descrição): _____

Alergia alimentar: _____ Alergia a medicamentos: _____

Alergia a picadas de insectos: _____ Alergia ambiental: _____

Asma (liste o que a desencadeia): _____

Sintoma: _____

Inalador/medicamentos? _____ Medicação de alimentação na escola? Sim ___ Não ___

Doença Celíaca: _____ Problemas de Constipação/sobre o Intestado: _____

Diabetes: _____

Infecções Ouvidas – Frequência: _____ Tubos Ouvidos: Sim ___ Não ___

Preocupações emocionais, comportamentais ou de saúde mental: _____ :

Lesão na cabeça: _____ Se sim, data e tipo: _____

Problemas auditivos: _____

Doença Cardíaca: _____ Doença dos Rins: _____

Intolerância à lactose: _____ Intoxicação por chumbo: _____

Cirurgias (incluir tipo e data): _____

Escoliose: _____

Apreensões: _____ Se sim, data da última apreensão: _____

Se sim, com algum medicamento? (especificar medicação): _____

Problemas de Visão: _____ Óculos: Sim _____ Não _____ Outros _____

Favor descrever qualquer deficiência física ou doença grave: _____

Informações adicionais que podem ser pertinentes ao bem estar do seu filho: _____

Assinatura dos Pais: _____ Data _____

Revisado 10/2018

Pesquisa de idioma doméstico

Os regulamentos do departamento de Educação Elementar e Secundária de Massachusetts exigem que todas as escolas determinem os idiomas falados no domicílio de cada aluno para identificar suas necessidades de idioma específicas. Essa informação é essencial para que as escolas ofereçam instrução significativa para todos os alunos. Se outro idioma que não seja inglês for falado em casa, o distrito precisará realizar uma avaliação mais detalhada do seu filho. Por gentileza, ajude-nos a atender esse requisito importante, respondendo às seguintes perguntas. Agradecemos a sua ajuda.

Informações do aluno		
Nome _____	Nome do meio _____	Sobrenome _____
F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Sexo
Pais de nascimento _____	Data de nascimento (mm/dd/aaaa) _____	Data do primeiro registro em QUALQUER escola norte americana (mm/dd/aaaa) _____
Informações da escola		
Data de início na nova escola (mm/dd/aaaa) _____ / _____ /20	Nome da escola e cidade antiga _____	Grau escolar atual _____
Perguntas para os pais/tutores		
Quais são os idiomas nativos de cada pai/tutor? (circule uma) _____ (mãe / pai / tutor) _____ (mãe / pai / tutor)	Quais idiomas são falados com seu filho? (inclua parentes -avós, tios, tias, etc. - e babás) _____ pouca frequência / algumas vezes / com frequência / sempre _____ pouca frequência / algumas vezes / com frequência / sempre	
Qual foi o primeiro idioma que seu filho compreendeu e falou?	Qual idioma você usa com mais frequência com seu filho?	
Quais são os outros idiomas que seu filho conhece? (circule todas as opções aplicáveis) _____ fala / lê / escreve _____ fala / lê / escreve	Quais são os idiomas que seu filho usa? (circule uma) _____ pouca frequência / algumas vezes / com frequência / sempre _____ pouca frequência / algumas vezes / com frequência / sempre	
Você deseja receber informações por escrito da escola em seu idioma nativo? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Você deseja um intérprete/tradutor presente nas reuniões entre pais-professores? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
Assinatura dos pais/tutores: X _____	Data de hoje: _____ / _____ /20 (mm/dd/aaaa)	

Portuguese



Divulgação de Informações

Data de nascimento do nome da criança

Endereço residencial

Na ocasião, há a necessidade de acompanhar os indivíduos que forneceram informações por escrito sobre seu filho. Pedimos que você considere assinar os comunicados abaixo no caso de que o esclarecimento ou mais informações são necessários para entender melhor e apoiar seu filho à medida que entra no jardim de infância.

Liberação médica

- Eu dou permissão para o pessoal das escolas públicas de Franklin se envolver em conversas verbais com o pediatra/médico da atenção primária do meu filho
- Eu **não** dou permissão para o *pessoal das escolas públicas de Franklin* se envolver em conversas verbais com o pediatra/médico da atenção primária do meu filho

Nome do médico: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Pré-escola/creche/creche liberação

- Eu dou permissão para que os professores do Jardim de Infância das Escolas Públicas de Franklin se envolvam em conversas verbais com a pré-escola, creche ou prestadora de creches do meu filho.
- Não dou permissão para que os professores do Jardim de Infância da Escola Pública Franklin se envolvam em conversas verbais com a pré-escola, creche ou prestadora de creches do meu filho.

Pré-escola/creche/nome da creche: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Assinatura do pai/guardião

Data

'Destino não é uma questão de acaso, é uma questão de
escolha' Equal Opportunity Employer

Questionário dos Pais do Jardim de Infância

Sua contribuição neste formulário fornecerá ao professor do jardim de infância do seu filho informações valiosas. Agradecemos antecipadamente por responder essas perguntas para nos ajudar a conhecer melhor seu filho.

Nome da criança _____ Data de nascimento _____

Masculino Feminino Outro Declinar para o estado

Endereço residencial _____ Telefone _____

Quem está completando esta pesquisa? _____ Relacionamento com a criança: _____

Com quem a criança viveu durante a maior parte do ano passado? _____

Existem outras pessoas que vivem no agregado familiar? _____

Há outras crianças na família?

Nome	DATA DE NASCIMENTO	Grau
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Experiência de educação infantil precoce

O seu filho já frequentou a pré-escola? Sim Não Se sim, por quanto tempo? _____

O seu filho já frequentou a creche? Sim Não Se sim, por quanto tempo? _____

Como é que o seu filho ou filha gosta desta experiência? Muito Um pouco De modo algum De modo algum

Nascimento e História Médica

Peso ao nascer do bebê: _____ Houve alguma complicação durante a gravidez? Sim Não

Se assim for, por favor explique: _____

Seu filho foi prematuro? Sim Não se sim, quantas semanas prematuras? _____

Ao nascer, seu bebê fez: Tem convulsões? Sim Não sem ficar azul? Sim Não

Outros? _____

Desde o nascimento, há alguma preocupação médica/de saúde que o professor do seu filho deve saber?

Sim _____ Não _____ Se sim, por favor explique _____

Habilidades de Autoajuda

Seu filho pode ...	alimentar-se com garfo e colher?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	lavar e lavar as mãos independentemente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	expressar quer e precisa facilmente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	banheiro auto independentemente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	vestir-se independentemente ou com alguma ajuda?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	separado sem pai facilmente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Habilidades de desenvolvimento

Seu filho pode....	usar lápis de cor, marcadores para desenhar?	<input type="checkbox"/> Sim, <input type="checkbox"/> não
	expressar-se assim é entendido por pares e adulto?	<input type="checkbox"/> Sim, <input type="checkbox"/> não
	seguir direções simples?	<input type="checkbox"/> Sim, <input type="checkbox"/> não
	Ouvir histórias?	<input type="checkbox"/> Sim, <input type="checkbox"/> não
	virar páginas de um livro e olhar para fotos?	<input type="checkbox"/> Sim, <input type="checkbox"/> não
	recordar e/ou recontar histórias e eventos?	<input type="checkbox"/> Sim, <input type="checkbox"/> não
	se envolver com outras crianças facilmente?	<input type="checkbox"/> Sim, <input type="checkbox"/> não

Informações adicionais

Como seu filho brinca/interage com os amigos? (Verifique tudo o que se aplica)

- Partilha Brinquedos Prefere brincar ao ar livre Prefere brincar no interior Amigos especiais
 Prefere brincar sozinho

Outros: _____

Liste três palavras que descrevem o temperamento do seu filho.

1. _____ 2. _____ 3. _____

Quais são as três atividades favoritas do seu filho?

1. _____ 2. _____ 3. _____

Algum evento significativo ocorreu recentemente na vida do seu filho? (perda familiar, novo bebê, movimento, etc.)

Como seu filho responde à direção adulta, configuração de limite e regras?

Ouve Bem/Seguir Instruções Um Pouco Responsivo Necessita de Lembretes Constantes

O seu filho gosta de "tempo de tela" de TV? Sim Não

Se sim, quanto tempo é que o seu filho passa a ver televisão?

Uma hora por dia 1- 3 hrs. por dia Mais de 3 hrs. por dia

Quais são seus programas favoritos?

1. _____ 2. _____

Seu filho usa outros eletrônicos? Sim Não

Se sim, quanto tempo seu filho passa em outros dispositivos?

Uma hora por dia 1-3 horas. um dia Mais de 3 horas. um dia

Quais são seus jogos/atividades/aplicativos favoritos?

1. _____

2. _____

C

Como seu filho entra em situações novas ou desconhecidas?

Independentemente se une a novas atividades/situação

Inicialmente hesitante até ficar confortável

Sempre se apega a um adulto familiar

Como seu filho se sente sobre entrar no jardim de infância?

Animado Ansioso, mas um pouco apreensivo Ansioso Com medo

Outros (por favor expliquem) _____

Seu filho foi avaliado ou examinado em alguma área de desenvolvimento pela escola ou privada?

Sim Não

Se sim, onde, quando e em que área? _____

Seu filho recebeu serviços de Intervenção Precoce? Sim Não

Se sim, em que área e por quanto tempo?

Quais são suas preocupações, se houver, sobre a entrada do seu filho na escola?

Obrigado por sua opinião. Estamos ansiosos para conhecer seu filho!

Pesquisa de Experiência em Educação Infantil

Verifique ao lado da opção que melhor descreve a experiência pré-escolar do seu filho no ano letivo antes de entrar no Jardim de Infância. Selecione apenas uma opção e indique horas quando aplicável. Obrigado!

Meu filho não tinha nenhuma experiência formal de programa de primeira infância.

Meu filho frequentou um provedor de cuidados infantis da família licenciada:
Provedor de cuidados infantis de família licenciado localizado em uma casa.

Menos de 20 horas por semana

Mais de 20 horas por semana

Meu filho participou de um Programa Baseado no Centro: Centro de cuidados infantis licenciado, Head Start Program, programa privado ou público de pré-escola.

Menos de 20 horas por semana

Mais de 20 horas por semana

Meu filho participou de um provedor de cuidados infantis de família licenciado e um

programa baseado no centro

- Menos de 20 horas por semana
- Mais de 20 horas por semana.

Meu filho não tinha experiência formal de programa de primeira infância, mas participou do Engajamento Coordenado da Comunidade Familiar. (CFCE). Os serviços da CFCE são programas locais que atendem famílias com filhos nascidos até a idade escolar (por exemplo, grupos de brincadeiras entre pais e filhos, atividades entre pais e filhos).

FRANKLIN ESCOLAS PÚBLICAS
PRÉ-ESCOLA FORMA DE INVENTÁRIO PARA
CRIANÇAS QUE ENTRAM NO JARDIM DE INFÂNCIA

PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO: Preencha esta seção de informações e dê o formulário para o programa pré-escola, creche ou creche do seu filho para completar.

Name infantil: _____ Data: _____

Programa pré-escola/creche/creche/crèche: _____

PRÉ-ESCOLA/CRECHE/ PROFESSOR DE CRECHE: Preencha as informações abaixo e verifique a caixa apropriada ao lado de cada declaração. Adicione quaisquer comentários que nos ajudem a facilitar a transição, o ajuste e o progresso dessa criança no jardim de infância.

Formulário preenchido por: _____

Criança assiste: dia inteiro meio dia Quantos dias por semana? _____

Relação adulto:estudante: _____

	Com suporte	Independente de	Comentários
TRABALHO EM GRUPO			
Interage adequadamente em grupos (tomada de turno, escuta, perguntas, etc.)			
Participa ativamente em discussões, ouve ideias, faz/responde perguntas relevantes			
Participa da vida em grupo da classe			
Demonstra um período de atenção apropriado em grande configuração de grupo por pelo menos quinze			
LEITURA E ALFABETIZAÇÃO			
Engaja-se em atividades em voz alta fazendo perguntas, oferecendo ideias, prevendo ou recontando			
Expressa verbalmente ideias na forma de sentença			
Reconta ou sequencia uma história familiar			
Identifica letras em nome próprio			
Matemática			
Mostra curiosidade e interesse em números e contando			
Classifica, categoriza e classifica objetos			
Explora manipuladores matemáticos			

Composição	Com suporte	Independente de	Comentários
Cópias ou escreve nome próprio			
Tira fotos para contar uma história			
HABILIDADES SOCIAIS E EMOCIONAIS			
Joga bem com os pares			
Busca atenção para adultos adequadamente			
Aceita assistência para adultos			
Começando a entender as razões das regras, justiça e responsabilidade pessoal			
Demonstra habilidades de jogo apropriadas para a idade			
Demonstra uma atitude positiva e autoimagem			
Gerencia transições dentro da sala de aula			
Demonstra capacidade de autorregulação			
Demonstra empatia e respeito pelos outros			
MOTOR FINO			
Handedness: À direita, esquerda / indeciso			
Usa a compreensão do pino e do dedo indicador			
MOTOR BRUTO			
Usa estruturas de playground de forma independente			
Autoajuda			
Usa banheiro independentemente			
Mantém o controle e cuida de pertences próprios			
Vestidos autoindependentemente			

Comentários adicionais: Talentos, habilidades, interesse ou necessidades especiais:

Obrigado! Este formulário deve ser devolvido aos pais da criança para submissão às Escolas Públicas Franklin. Os pais devem submeter este formulário à escola primária não mais tarde do que a Noite de Informações dos Pais em maio.