



# Aplicação Do Aluno

## Graus K-12

### 2019-2020

991 Jefferson Street  
Fall River, Massachusetts 02721  
Tel. 508-646-6410 Fax. 508-672-3489  
Diane Boutin, Responsável por Inscrições  
Email: dbout@atlanriscs.org

A Atlantis considera todos os candidatos sem discriminar baseado em raça, cor, nacionalidade, crença, sexo, identificação do gênero, grupo étnico, orientação sexual, deficiência mental ou física, idade, descendência, capacidade atlética, cuidados especiais, proficiência na língua Inglesa ou língua estrangeira, e desempenho acadêmico anterior. Toda a informação requerida nesta aplicação, tais como a língua falada em casa ou raça/grupo étnico, não é com a intenção de discriminar, e não será usada para este fim.  
(G.L.Chapter 71, § 89(m); 603 CMR 1.05(2)).

**Por favor entre em contacto com a Atlantis se necessita que esta aplicação seja oferecida noutra língua.**

**Por favor escreva em letra de imprensa e complete todos os itens nesta aplicação. Inclua a assinatura e a data.**

**Os Pais/Encarregados de Educação serão contactados se a aplicação estiver incompleta.**

**Se você estiver inscrevendo vários filhos, deverá preencher e enviar uma inscrição por cada criança .**

#### INFORMAÇÃO DO ALUNO

Primeiro Nome do Aluno: \_\_\_\_\_ Data do Nascimento \_\_\_\_\_

Nome do Meio do Aluno: \_\_\_\_\_ Sexo (Circule um): Masculino Feminino

Último Nome do Aluno: \_\_\_\_\_

Direcção: \_\_\_\_\_ Caixa Postal ou Número do Apartamento: \_\_\_\_\_

Cidade, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Telefone de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Do Trabalho/Emergência: : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Direcção de e-mail à qual a família pode ser contactada: \_\_\_\_\_

Por favor envie-me informação da escola através de e-mail: \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não

Nome da escola que o aluno frequenta presentemente: \_\_\_\_\_

Direcção da escola: \_\_\_\_\_ Cidade, Estado, Código Postal : \_\_\_\_\_

Ano de escolaridade (grau) que o aluno frequenta presentemente em 2018-2019: **PK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12**  
(circular um)

Ano de escolaridade (grau) que o aluno frequentará em **Setembro de 2019,**  
**no próximo ano académico: K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12**  
(circular um)

Lugar do Nascimento do Aluno : \_\_\_\_\_ Origem do Aluno: \_\_\_\_\_

Francês. Libanês, Português, Porto

Ethnicity: (please check one) Is the Applicant Hispanic or Latino?  Yes  No

Raça: (marque todas que se aplicam)  Asiático  Preto/ou Afro Americano  Índio Americano ou Nativo do Alasca  
 Native Hawaiian ou outro Pac Islander  Branco

Que língua é falada com mais frequência em casa? \_\_\_\_\_

Necessita que os documentos da escola ou das reuniões sejam traduzidos em outra língua? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Qual a língua que necessita? \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÃO DA FAMÍLIA**

**PARENTESCO COM A CRIANÇA:** mãe, pai, padrasto, madrasta, avô, avó, tia, tio, etc,

Parentesco Familiar \_\_\_\_\_ Parentesco Familiar \_\_\_\_\_

Primeiro Nome \_\_\_\_\_ Primeiro Nome \_\_\_\_\_

Último Nome \_\_\_\_\_ Último Nome \_\_\_\_\_

Direcção \_\_\_\_\_ Direcção \_\_\_\_\_

Caixa Postal ou Número do Apartamento. \_\_\_\_\_ Caixa Postal ou Número do Apartamento \_\_\_\_\_

Cidade, Estado, Zona Postal \_\_\_\_\_ Cidade, Estado, Zona Postal \_\_\_\_\_

Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Os Pais são: (por favor marque)  Casados  Divorciados  Separados  Viúvos  Solteiros

Pais com Custódia:  Ambos os Pais  Mãe  Pai  Outro \_\_\_\_\_

**IRMÃOS E IRMÃS APENAS**

Desde o próximo Ano Escolar, em Setembro de 2019

Nome \_\_\_\_\_ Data do Nascimento \_\_\_\_\_

Escola que frequenta presentemente \_\_\_\_\_ Grau \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Data do Nascimento \_\_\_\_\_

Escola que frequenta presentemente \_\_\_\_\_ Grau \_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGÊNCIA**

(indique **TRÊS** pessoas que temporariamente assumirão cargo do seu filho, se não pudermos entrar em contacto consigo)

**AS PESSOAS INDICADAS ABAIXO SÃO AS ÚNICAS QUE TÊM AUTORIZAÇÃO PARA IR BUSCAR A SUA CRIANÇA**

**Parentesco com a criança:** membro da família, amigo, vizinho, etc. (não incluía a sua própria informação outra vez)

Parentesco \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Primeiro Nome \_\_\_\_\_ Primeiro Nome \_\_\_\_\_ Primeiro Nome \_\_\_\_\_

Último Nome \_\_\_\_\_ Último Nome \_\_\_\_\_ Último Nome \_\_\_\_\_

Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÃO MÉDICA**

Condições médicas especiais ou alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

**Candidatos para o Kindergarten:** Esperamos que todos os alunos que vão dar entrada no Kindergarten estejam completamente treinados para ir para à casa de banho.

O seu filho/a está treinado para ir à casa de banho durante o dia? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Precisam de auxílio na casa de banho? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Nome do Doutor: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Assinatura dos Pais ou Encarregados de Educação

Data

*Este documento será destruído após 1 de março de 2020. Você tem o direito de receber uma cópia do documento mediante solicitação se o seu aluno não for admitido para o ano lectivo 2019-2020*

Somente para uso da escola

A aplicação deve ser devolvida ao  
Responsável por Inscrições