



Aplicação Do Aluno

Graus K-11

2020-2021

991 Jefferson Street
Fall River, Massachusetts 02721
Tel. 508-646-6410
Fax. 508-672-3489

Diane Boutin, Responsável por Inscrições
dbout@atlantiscs.org

A Inscrição do Estudante, devidamente preenchida, deve ser entregue na escola até ao dia 31 de Julho, de 2020.

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 académico 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: _____ Telefone Celular : _____
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 **2019-2020**:
Ano de escolaridade (grau) que o aluno frequentará
em **Setembro de 2020, no próximo ano académico**:
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 (com quem a criança vive)

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 Cellular _____ Telefone Celular _____
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 Setembro de 2020 no **próximo** Ano Escolar,

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 inclua 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

Ao verificar aqui, concordo e reconheço que estou executando este documento eletronicamente e que minha assinatura eletrônica estabelecida acima é o equivalente legal da minha assinatura manual neste documento. Além disso, concorde e reconheço que minha assinatura eletrônica serve como uma certificação de que eu sou o pai / responsável legal do aluno(a) mencionado neste formulário.

Somente para uso da escola

A aplicação deve ser devolvida ao
Responsável por Inscrições

Este documento será destruído após 1 de março de 2021. Você tem o direito de receber uma cópia do documento mediante solicitação se o seu aluno não for admitido para o ano lectivo 2020-2021