



Aplicação Do Aluno

Graus 9-11

2019-2020

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

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