



## FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA ALUNOS

New Milford Public Schools: (Please check one)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hill & Plain School             | <input type="checkbox"/> Schaghticoke Middle School |
| <input type="checkbox"/> Northville School               | <input type="checkbox"/> New Milford High School    |
| <input type="checkbox"/> Sarah Noble Intermediate School |   |

Office Use Only:

Entry Date: \_\_\_\_\_ Unique ID#: \_\_\_\_\_ SASID #: \_\_\_\_\_

Bus In: \_\_\_\_\_ Bus Out: \_\_\_\_\_ Entry Code: \_\_\_\_\_

Parent Pick-Up: \_\_\_ Y \_\_\_ N Parent Drop-Off: \_\_\_ Y \_\_\_ N

3 Proof of Residency Provided:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Driver's License         | <input type="checkbox"/> Utility Bills (Phone, Electric, Cable or Water) |
| <input type="checkbox"/> Car/Vehicle Registration | <input type="checkbox"/> Certificate of Occupancy                        |
| <input type="checkbox"/> New Milford Tax Bill     | <input type="checkbox"/> Lease/Rental Agreement                          |
| <input type="checkbox"/> Mortgage Statement       |  |

### INFORMAÇÃO DO ALUNO

O seu filho já frequentou a escola em o districto de New Milford? \_\_\_ Sim \_\_\_ Não

Se sim, ano e escola: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Ano) (Escola)

Nome legal do aluno: \_\_\_\_\_  
(Último nome) (Primeiro nome) (Nome do meio)

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Endereço para correspondência (se diferente do acima): P.O. Caixa: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Telefone (Casa): \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY)

Gênero: \_\_\_ Masculino \_\_\_ Fêmea \_\_\_ Não-Binário Idade a partir de 9/1: \_\_\_\_\_ Grau: \_\_\_\_\_

Com quem o aluno mora? \_\_\_ Ambos pais \_\_\_ Mãe \_\_\_ Pai \_\_\_ Guardião \_\_\_ Substituto

O correio da escola deve ser enviado para: \_\_\_ Ambos pais \_\_\_ Mãe \_\_\_ Pai \_\_\_ Guardião  
\_\_\_ Substituto



## FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA ALUNOS

### INFORMAÇÃO DE ETNICIDADE

**É necessária uma cópia da Certidão de Nascimento ou da Documentação de Imigração do Visa para todos os alunos**

País Natal: \_\_\_\_\_

Data de Entrada: (se o país de nascimento não é os EUA): \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY)

Imigrante: (se o aluno nascer fora dos EUA e no país por menos de 3 anos completos):  
\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

O mês e o ano em que o aluno ingressou pela primeira vez em uma escola dos EUA \_\_\_\_/\_\_\_\_

O Idioma Dominante dos Pais: \_\_\_\_\_

O Idioma Dominante do Aluno: \_\_\_\_\_

O Idioma Que o Aluno Adquiriu Pela Primeira Vez: \_\_\_\_\_

Você precisa de um tradutor ao visitar a escola? \_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

Etnicidade: \_\_\_\_\_ Hispânico/Latino \_\_\_\_\_ Não Hispânico/Latino

Raça:(marque todos que se aplicam): \_\_\_\_\_ Índio Americano/Alasca \_\_\_\_\_ Asiático \_\_\_\_\_ Preto  
\_\_\_\_\_ Havaiano/Ilha Pacífica \_\_\_\_\_ Branco

### A ÚLTIMA ESCOLA QUE O ALUNO TEM ATENDIDO

Nome da Escola: \_\_\_\_\_

Grau: \_\_\_\_\_ Número de Telefone da Escola: \_\_\_\_\_

Endereço Escolar: \_\_\_\_\_  
(Rua) (Cidade) (Estado) (Código Postal)



## FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA ALUNOS

### INFORMAÇÃO DOS PAIS

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Endereço do Pai: \_\_\_\_\_  
(Rua) (Cidade) (Estado) (Código Postal)

Telefone do Pai (Casa): \_\_\_\_\_ Telefone do Pai (Celular): \_\_\_\_\_

Telefone do Pai (Trabalho): \_\_\_\_\_

Endereço de E-mail do Pai: \_\_\_\_\_

Empregador do Pai: \_\_\_\_\_

Endereço do Empregador: \_\_\_\_\_  
(Rua) (Cidade) (Estado) (Código Postal)

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço da Mãe: \_\_\_\_\_  
(Rua) (Cidade) (Estado) (Código Postal)

Telefone da Mãe (Casa): \_\_\_\_\_ Telefone da Mãe (Celular): \_\_\_\_\_

Telefone da Mãe (Trabalho): \_\_\_\_\_

Endereço de E-mail da Mãe: \_\_\_\_\_

Empregador da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço do Empregador: \_\_\_\_\_  
(Rua) (Cidade) (Estado) (Código Postal)

Tem alguém em sua casa ativo nas forças armadas dos EUA? \_\_\_ S \_\_\_ N



## FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA ALUNOS

### INFORMAÇÕES SOBRE GUARDIÃO/SUBSTITUIÇÃO

Nome do Guardiã: \_\_\_\_\_

Endereço do Guardiã: \_\_\_\_\_  
(Rua) (Cidade) (Estado) (Código Postal)

Telefone do Guardiã (Casa): \_\_\_\_\_ Telefone do Guardiã (Celular): \_\_\_\_\_

Telefone do Guardiã (Trabalho): \_\_\_\_\_

Endereço de E-mail do Guardiã: \_\_\_\_\_

Empregador do Guardiã: \_\_\_\_\_

Endereço do Empregador: \_\_\_\_\_  
(Rua) (Cidade) (Estado) (Código Postal)

Nome do Substituto: \_\_\_\_\_

Endereço do Substituto: \_\_\_\_\_  
(Rua) (Cidade) (Estado) (Código Postal)

Telefone do Substituto (Casa): \_\_\_\_\_ Telefone do Substituto (Celular): \_\_\_\_\_

Telefone do Substituto (Trabalho): \_\_\_\_\_

Endereço de E-mail do Substituto: \_\_\_\_\_

Empregador de Substituto: \_\_\_\_\_

Endereço do Empregador: \_\_\_\_\_  
(Rua) (Cidade) (Estado) (Código Postal)

Tem alguém em sua casa ativo nas forças armadas dos EUA? \_\_\_ S \_\_\_ N



## FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA ALUNOS

### CUSTÓDIA - *Documentação legal é necessária*

Por favor, indique se a administração da escola deve estar ciente de qualquer ordem judicial para a proteção de seu filho.     \_\_\_ S \_\_\_ N

*Se sim, por favor, tome providências para discutir esta situação com a administração da escola.*

Nome Restrito: \_\_\_\_\_

Relação Com a Criança: \_\_\_\_\_

### CONTATOS DE EMERGÊNCIA

*Em caso de emergência ou fechamento da escola, forneça nomes, números de telefone e relacionamento com o aluno, se a escola não puder contatá-lo.*

Contatos:	Nome:	Relacionamento:	Telefone:
-----------	-------	-----------------	-----------

Emergência 1			
Emergência 2			
Emergência 3			
Emergência 4			

### INFORMAÇÃO DA CRECHE

	Nome	Endereço	Telefone
Atendimento antes da escola			
Atendimento depois da escola			

### INFORMAÇÃO ADICIONAL

O seu filho tem e IEP ou 504 Alojamento? \_\_\_ S \_\_\_ N

- 504 – Cópia Fornecida
- IEP – Cópia Fornecida



## FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA ALUNOS

### INFORMAÇÃO MÉDICA

Se for necessário tratamento médico imediato, qual médico você prefere?

O Nome do Médico: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

O Seu Filho Tem Seguro Médico? \_\_\_ S \_\_\_ N      Seu Filho Tem um Dentista? \_\_\_ S \_\_\_ N

Última Consulta Odontológica: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY)

*Se o seu filho não tiver seguro de saúde, ligue 1-877-CT-Husky*

### INFORMAÇÃO DE IRMÃOS

Nome	Gênero	Data de Nascimento

**ASSINATURA REQUERIDA:** Declaro ter lido e compreendido as informações contidas neste formulário e também declaro que as informações que forneci estão corretas.

**Assinatura do Pai/Responsável:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_