

## Página de Assinatura dos Pais/Tutores e do Aluno

O Manual dos Pais/Alunos está disponível on-line em: <http://www.lowell.k12.ma.us>  
Assinando abaixo, eu reconheço que acessei o manual escolar, e eu reconheço que meu filho é responsável por aderir a estas condições e pode enfrentar consequências pela falta de seu cumprimento.

Nome do Aluno (Impresso): \_\_\_\_\_

Numero da Identidade: \_\_\_\_\_

Nome do Pai/Mãe/Tutor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

No. apto.: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

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

Telefone comercial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Telefone de emergência: \_\_\_\_\_

Nome de contato de emergência: \_\_\_\_\_

Grau de relacionamento: (ou seja, avós, tios, amigos, etc.) \_\_\_\_\_

Indique se o contato de emergência pode pegar o aluno  Sim  Não

Endereço de e-mail dos pais: \_\_\_\_\_

Prefere que cartas e documentos sejam enviados por:  Serviços de Correio  E-mail

Eu não tenho acesso a versão On-line do Manual. Solicito uma copia impressa \_\_\_\_\_

Assinatura do pai/mãe/tutor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do aluno: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

***A ser preenchido apenas pelo escritório com copia a ser mantida no arquivo.***

\_\_\_\_\_ Data que copia impressa foi entregue aos pais/responsáveis

## Permissão para Divulgação de Informações de Alunos, Fotos e Vídeos

Prezado(a) pai/mãe/tutor:

Ao longo do ano escolar, as Escolas Públicas de Lowell homenageiam as várias realizações de nossos alunos. Estas informações podem incluir o nome do aluno, uma descrição da realização real e/ou prêmio acadêmico ou atlético, a série escolar do aluno, a pontuação do teste acadêmico, fotografia (s) e vídeo (s), trabalho estudantil, etc. Esta não é uma listagem exaustiva.

Além disso, durante eventos escolares as imagens de alunos podem ser exibidas, fotografadas e/ou gravadas em vídeo. Esta informação do estudante pode ser publicada, exibida e/ou duplicada e/ou divulgada aos meios de comunicação social (incluindo, mas não se limitando a jornais, TV a cabo/televisão e Internet) para exibição pública e/ou publicada/utilizada em jornais escolares/distritais, na escola/ sites distritais e/ou por terceiros.

Nos termos do regulamento 603 CM R 23.00 do Departamento de Educação de Massachusetts, temos restrição quanto ao tipo de informação que podemos compartilhar em relação às conquistas de seu filho, sem primeiro obter ambos o seu consentimento e o consentimento de seu filho por escrito.

Com a assinatura deste termo de divulgação e marcando a “Caixa Sim” abaixo, você o responsável/tutor legal e/ou o aluno (se o estudante é seu próprio tutor legal ou emancipado) reconhece que você e/ou o estudante têm o direito legal de assinar esta liberação. Você e/ou o estudante também reconhece que exerce o direito legal de conceder às Escolas Públicas de Lowell ou aos seus funcionários ou agentes a autoridade para divulgar as informações do aluno. Além disso, ao assinar este documento abaixo você e /ou o aluno reconhece que você e/ou o aluno concordou, de forma consciente e voluntária, em permitir que as Escolas Públicas de Lowell, ou seus funcionários ou agentes, divulguem as informações do aluno.

Ao assinar esta divulgação e marcar a “Caixa Sim” abaixo, você e /ou o aluno também concorda em liberar, isentar, exonerar e salvaguardar as Escolas Públicas de Lowell e/ou seus funcionários e/ou agentes, e a Cidade de Lowell, de toda e qualquer responsabilidade, ou reivindicações de responsabilidade ou de reivindicações de danos de qualquer tipo ou atribuição de culpa por danos de qualquer tipo, tanto na lei quanto em equidade que podem surgir a partir da liberação da informação do aluno e/ou seu uso indevido tanto intencionalmente ou de outra forma por terceiros ou por outra pessoa ou pessoas. Especificamente quanto às fotos e vídeos que você e/ou aluno também liberam e descarregam as Escolas Públicas de Lowell e/ou seus funcionários e/ou agentes e a Cidade de Lowell por qualquer responsabilidade que possa surgir em virtude de distorção, turvação, alteração, ilusão óptica ou uso em forma de compósito, seja intencional ou não; e que você e/ou o aluno compreendam que você e/ou o estudante renunciam a todos os direitos a qualquer remuneração pelo uso e/ou usos subsequentes de fotografia (s) e/ou vídeo; e entendem que as imagens publicadas na Internet podem ser visualizadas e baixadas por outros.

Sim, eu dou permissão

Não, eu não dou permissão

Nome do Aluno: \_\_\_\_\_

Sala Principal: \_\_\_\_\_

Em letra de forma

Assinatura do Aluno: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do pai/mãe/tutor: \_\_\_\_\_

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

## Formulário de Emergência Médica

Aluno: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Serie: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Tel. Residencial # (978) \_\_\_\_\_  
Pais/Tutores \_\_\_\_\_ Tel. Residencial # (978) \_\_\_\_\_  
Trabalho da Mãe # \_\_\_\_\_ Celular da mãe # \_\_\_\_\_  
Trabalho do Pai # \_\_\_\_\_ Celular do pai # \_\_\_\_\_  
Medico do Aluno \_\_\_\_\_ Telefone # \_\_\_\_\_

**Liste 3 adultos locais (que não sejam os pais/tutores) que irão assumir cuidado imediato de seu filho ou pegar seu filho na escola, em caso de doença ou de emergência:**

Nome: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Circle **todas as condições de saúde** atuais ou ativas que se aplicam a seu filho:

ADD ADHD Ansiedade Asma Autismo /PDD Paralisia Cerebral Depressão Diabetes Problema Cardíaco

Intolerância à Lactose Enxaquecas OUTRO (por favor, liste) \_\_\_\_\_

Problemas de visão (especificar) óculos \_\_\_\_\_ Lentes de contato \_\_\_\_\_ Assento preferencial \_\_\_\_\_

Problemas de audição (especificar) Esquerdo \_\_\_\_\_ Direito \_\_\_\_\_ Aparelhos Auditivos: Esquerdo \_\_\_\_\_ Direito \_\_\_\_\_ Assento preferencial \_\_\_\_\_

Alergias (por favor, listar)

\_\_\_\_\_

Foi recebida uma **Epi Pen para seu filho** para o tratamento da alergia listada acima? Sim Não

Lista de medicamentos e dosagem utilizados por seu filho regularmente ou sempre que necessário:

\_\_\_\_\_

Seu filho tem seguro de saúde? Sim Não MassHealth? Sim Não

Eu dou permissão para a enfermeira da escola para compartilhar informações relevantes para o estado de saúde do meu filho com o pessoal da escola conforme necessário para atender as necessidades de segurança e saúde do meu filho. Sim Não

Em caso de emergência, sua criança será transportada para o hospital pelo EMS.

Autorizo por este meio deste a (ao) enfermeira (o) escolar a entrar em contato com o médico do meu filho, se necessário.

Assinatura dos Pais/Tutores

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