

PARENT and FAMILY INFORMATION

Guardian Name (If not mother or father): _____
(Nome do Responsável (Se não for o pai ou a mãe)(Nombre de Guardián (Si no es la mamá o papá)

Mother/Guardian Name: _____
(Nome da Mãe/ Responsável)(Nombre de la mamá/de Guardian)

Father/Guardian Name: _____
(Nome do Pai/ Responsável)(Nombre del papá/de Guardian)

Address: _____

Address: _____

Cell Phone#: _____

Cell Phone#: _____

Email: _____

Email: _____

Place of Employment: _____
(Local de Trabalho)(Lugar de trabajo)

Place of Employment: _____
(Local de Trabalho)(Lugar de trabajo)

Work Telephone # _____
(Número do Trabalho)(Numero de teléfono del trabajo)

Work Telephone Number: _____
(Número do Trabalho)(Numero de teléfono del trabajo)

Emergency Contact: _____
(Contato de Emergência)(Contacto en caso de emergencia)

Emergency Contact: _____
(Contato de Emergência)(Contacto en caso de emergencia)

Day Telephone: _____
(Telefone do Dia)(Teléfono de día)

Day Telephone: _____
(Telefone do Dia)(Teléfono de día)

Cell #: _____

Cell #: _____

Relationship to Child _____

Relationship to Child _____

List Siblings Enrolled in the Marlborough Public Schools & Grade:

(Liste o Nome dos Irmãos que Estudam nas Escolas Pública de Marlborough e suas Séries)(Hermanos(as) Matriculados en Las Escuelas Publicas de Marlborough y Grado)

Student lives with, please check one: Both Parents Mother Only Father Only Relative/Other

Aluno que moram, por favor marque um: Pais Somente a mãe Somente o pai Parente/Outro

Estudiante vive con, por favor marque uno: Ambos Padres Solo con mamá Solo con papá Pariente/Otro

If a Relative/Other Print Name: _____
(Se Parente/Outro, escreva o nome) (Si con pariente/Otro, Nombre)

Relationship to Student: _____
(Parentesco com o Aluno)(Relación con el estudiante)

If other, please explain _____
(Se for outro, por favor, explique)(Si otro, por favor explicar)

For your child's safety, is there legal paperwork that the school should have copies of? Yes No

(Pela segurança de seu filho(a), a escola deve ter uma cópia algum documento legal)(Para la seguridad de su hijo(a), hay papeleo legal del cual la escuela deba tener copias?)

Custody: Lives with Both Parents Joint Custody Mother Sole Custody Father Sole Custody

DCF Custody Name of Worker _____ DCF Office _____

Do you require separate mailing? No Yes **Who? (mother, father, DCF, DYS)** _____

Custódia: Mora com os dois Pais Custódia Conjunta Somente a Mãe tem a Custódia Somente o Pai tem a Custódia

DCF Custódia Nome do Empregado _____ DCF Office _____

Voce requer correspondência separada? Não Sim Quem? (mãe, pai, DCF, DYS) _____

Custodia: Vive con ambos padres Custodia compartida Mama tiene custodia Papa tiene custodia

Custodia de DCF Nombre de trabajador(a) _____ Oficina de DCF _____

Requiere usted correo por separado? No Yes Quien? (mama, papa, DCF, DYS) _____

SCHOOL YEAR TRANSPORTATION

Name _____ School _____ Grade _____
 Home Address _____
 Home Phone _____ Cell Phone _____ Email Address _____

Requires Morning Transportation Yes No Requires Afternoon Transportation Yes No

All students will be assigned to the bus stop closest to his/her home address.

If your child will be picked-up or dropped off at an alternate address (within your school district), please complete the following information:

Morning Daycare* Name	Daycare Address (within school district) & Phone #
Afternoon Daycare* Name	Daycare Address (within school district) & Phone #

*The term "daycare" refers to all types of after school care, including daycare centers, home daycares, grandparents, aunts, uncles, cousins, friends. **If your child is eligible for a bus, but will not be taking the bus, please indicate how he/she will be getting**

TO SCHOOL _____ Parent Transports _____ Walking _____ Other (please indicate) _____

FROM SCHOOL _____ Parent Transports _____ Walking _____ Other (please indicate) _____

IT IS THE PARENT'S RESPONSIBILITY TO NOTIFY THE SCHOOL, IN WRITING, OF ANY CHANGES TO THIS INFORMATION.

Nome _____ Escola _____ Série _____

Endereço _____

Telefone de Casa _____ Celular _____ Endereço do Email _____

Transporte de Manhã de casa Sim Não Transporte da Tarde para casa Sim Não

Todos os estudantes serão colocados na parada do ônibus mais perto do endereço de sua casa.

Se você for pegar ou ser deixar seu filho em um endereço alternativo, por favor complete as seguintes informações a seguir:

Nome do Daycare* da Manhã	Endereço do Daycare (dentro do distrito escolar & # de telefone)
Nome do Daycare* da Tarde	Endereço do Daycare (dentro do distrito escolar & # de telefone)

*O termo "Daycare" refere a todos os tipos de cuidados de antes e depois da escola, incluindo centro de daycare, babá em lares, avós, tias, tios, primos e amigos.

Se o seu filho é elegível para o ônibus, mas não pegará ônibus, por favor indique como ele/ela irá ir para a escola:

IR PARA CASA: _____ Transporte pelos Pais _____ Andando _____ Outro _____

_____ Transporte pelos Pais _____ Andando _____ Outro _____

É A RESPONSABILIDADE DO PAIS NOTIFICAR A ESCOLA, POR ESCRITO, SE TIVER ALGUMA MUDANÇA NESSA INFORMAÇÃO

Nombre _____ Escuela _____ Grado _____

Dirección de la Casa _____

Teléfono de la Casa _____ Celular _____ Dirección Electrónica _____

Transporte en la mañana desde casa Si No Transporte en la tarde hacia la casa Si No

A todos los estudiantes se les asignara una parada de bus cerca de su casa

Si su hijo(a) es recogido o dejado en una dirección alterna, por favor complete la siguiente información:

Nombre del Cuidador* en la Mañana	Dirección del Cuidador (dentro del distrito escolar) & Teléfono#
Nombre del Cuidador* en la Tarde	Dirección del Cuidador (dentro del distrito escolar) & Teléfono#

*El termino "Cuidador" se refiere a todos los tipos de cuidadores antes y después de la escuela, jardín infantil, abuelos, tias, tios, primos y amigos.

SI SU HIJO(A) ES ELEGIBLE PARA EL BUS, PERO NO LOS ESTARA TOMANDO, POR FAVOR INDIQUE COMO ESTARA EL/ELLA LLEGANDO A LA ESCUELA:

DE LA ESCUELA: _____ Transporte con los padres _____ Caminando _____ Otro _____

_____ Transporte con los padres _____ Caminando _____ Otro _____

ES LA RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES EL NOTIFICAR LA ESCUELA, POR ESCRITO, SI ALGO CAMBIA DE ESTA INFORMACION



Marlborough Public Schools

Home Language Survey

Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education regulations require that *all* schools determine the language(s) spoken in each student's home in order to identify their specific language needs. This information is essential in order for schools to provide meaningful instruction for all students. If a language other than English is spoken in the home, the District is required to do further assessment of your child. Please help us meet this important requirement by answering the following questions.

Thank you for your assistance.

Student Information

First Name	Middle Name	Last Name	Gender F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Country of Birth	Date of Birth (mm/dd/yyyy)	Date of first U.S. entry (mm/dd/yyyy)	Date first enrolled in ANY U.S. school (mm/dd/yyyy)

School Information

Start Date in New School (mm/dd/yyyy) / /20	Name of Former School and Town	Current Grade
---	--------------------------------	---------------

Questions for Parents/Guardians

<p>What is the native language(s) of each parent/guardian? (circle one)</p> <p>_____ (mother / father / guardian)</p> <p>_____ (mother / father / guardian)</p>	<p>Which language(s) are spoken with your child? (include relatives -grandparents, uncles, aunts, etc. - and caregivers)</p> <p>_____ seldom / sometimes / often / always</p> <p>_____ seldom / sometimes / often / always</p>
<p>What language did your child first understand and speak?</p>	<p>Which language do you use most with your child?</p>
<p>Which other languages does your child know? (circle all that apply)</p> <p>_____ speak / read / write</p> <p>_____ speak / read / write</p>	<p>Which languages does your child use? (circle one)</p> <p>_____ seldom / sometimes / often / always</p> <p>_____ seldom / sometimes / often / always</p>
<p>Will you require written information from school in your native language? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p>	<p>Will you require an interpreter/translator at Parent-Teacher meetings? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p>
<p>Parent/Guardian Signature: X</p>	<p>_____/_____/20 Today's Date:(mm/dd/yyyy)</p>

- Vire a página para ler o formulário em português
- Volteé la página para leer esta carta en español

Pesquisa de idioma doméstico

Os regulamentos do departamento de Educação Elementar e Secundária de Massachusetts exigem que *todas* as escolas determinem os idiomas falados no domicílio de cada estudante para identificar suas necessidades de idioma específicas. Essa informação é essencial para que as escolas ofereçam instrução significativa para todos os estudantes. Se outro idioma que não seja inglês for falado em casa, o distrito precisará realizar uma avaliação mais detalhada da sua criança. Por gentileza, ajude-nos a atender esse requisito importante, respondendo às seguintes perguntas.

Agradecemos a sua ajuda.

Informações do aluno			
Primeiro Nome	Nome do meio	Sobrenome	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Sexo
_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____
País de nascimento	Data de nascimento (mês/dia/ano)	Data da primeira entrada nos Estados Unidos (mês/dia/ano)	Data da primeira matrícula em QUALQUER escola norte americana (mês/dia/ano)
_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____
Informações da escola			
_____/_____/20 Data de início na nova escola (mês/dia/ano)	_____ Nome da escola e cidade anterior		_____ Série escolar atual
Perguntas para os pais/responsáveis			
Quais são os idiomas nativos de cada pai ou responsável?(circule uma resposta)		Quais idiomas são falados com seu filho? (inclua parentes -avós, tios, tias, etc... e babás)	
_____ (mãe / pai / tutor)		_____ pouca frequência / algumas vezes / com frequência / sempre	
_____ (mãe / pai / tutor)		_____ pouca frequência / algumas vezes / com frequência / sempre	
Qual foi o primeiro idioma que seu filho compreendeu e falou?		Qual idioma você usa com mais frequência com seu filho?	
_____		_____	
Quais são os outros idiomas que sua criança conhece? (circule todas as opções aplicáveis)		Quais são os idiomas que sua criança usa? (circule uma resposta)	
_____ fala / lê / escreve		_____ pouca frequência / algumas vezes / com frequência / sempre	
_____ fala / lê / escreve		_____ pouca frequência / algumas vezes / com frequência / sempre	
Você deseja receber informações por escrito da escola em seu idioma nativo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Você deseja um intérprete/tradutor presente nas reuniões entre pais-professores? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Assinatura do pai / responsável		_____/_____/20 Data de hoje:(mês/dia/ano)	
X			



Marlborough Public Schools

Encuesta del idioma hablado en el hogar

Los reglamentos del Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts exigen que *todas* las escuelas determinen los idiomas que se hablan en los hogares de los estudiantes para así identificar sus necesidades específicas relacionadas con el idioma. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveer instrucción que todos los estudiantes puedan aprovechar. Si en su hogar se habla otro idioma que no sea inglés, se requiere que el Distrito evalúe a su hijo más a fondo. Ayúdenos a cumplir con este importante requisito respondiendo a las siguientes preguntas.

Gracias por su ayuda.

Información del estudiante	
Nombre	Segundo nombre
Apellido	Sexo
F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
País de nacimiento	Fecha de nacimiento (mês/día/año)
Fecha de la primera entrada en los Estados Unidos (mês/día/año)	Fecha de matriculación inicial en CUALQUIER escuela de EE.UU. (mês/día/año)
Información de la escuela	
Fecha de comienzo en la escuela nueva (mm/dd/aaaa)	Nombre de la escuela y ciudad anterior
	Grado actual
Preguntas para los padres/encargados	
¿Cuál es el idioma natal del padre/la madre/los encargados? (encierre en un círculo)	¿Qué idioma(s) se habla(n) con su hijo? (incluya parientes -abuelos, tíos, tías, etc. - y encargados del cuidado)
_____ (madre / padre / encargado)	_____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre
_____ (madre / padre / encargado)	_____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre
¿Cuál fue el primer idioma que entendió y habló su hijo?	¿Qué idioma usa usted principalmente con su hijo?
¿Qué otros idiomas sabe su hijo? (encierre en un círculo todo lo que corresponda)	¿Qué idiomas usa su hijo? (encierre uno en un círculo)
_____ habla / lee / escribe	_____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre
_____ habla / lee / escribe	_____ infrecuentemente / algunas veces / frecuentemente / siempre
¿Requerirá usted la información impresa de la escuela en su idioma natal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Requerirá usted un intérprete/traductor en reuniones de padres y maestros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Firma del padre/la madre/encargado: X	_____/_____/20 Fecha de hoy:(mm/dd/aaaa)



MPS STUDENT HEALTH QUESTIONNAIRE

Questionário de Saúde/Questionario de Salud

School: _____ Current Grade: _____
Escola/Escuela Série atual/Classe actual
Teacher/Liaison: _____
Professor

Name: _____
Nome/Nombre

Birthdate: _____
Data de Nascimento/Fecha de Nacimiento

Name of Doctor: _____
Doctor/Médico

Name of Dentist: _____
Dentista

Date of last appointment (with Doctor): _____
Data da última consulta (com Médico)/Fecha de la última cita (com Doctor)

(with Dentist): _____
com Dentista/con Dentista

Does your child have Health Insurance?
A sua criança tem seguro de saúde? ¿Tiene su hijo(a) seguro de salud?

No _____ Yes _____ Company name: _____
Não/No Sim/Sí Companhia/Compañía

Does your child have Mass Health?
A sua criança tem Mass Health? ¿Tiene su hijo(a) Mass Health?

No _____ Yes _____ Number: _____
Não/No Sim/Sí Número _____

If you do not have health insurance, Massachusetts has health insurance plans that will provide uninsured children with affordable health care (restrictions may apply). Please contact the School Nurse for information about these programs. All communication will be confidential.	Se você não tem seguro de saúde, o estado de Massachusetts tem planos de seguro de saúde que proverão para crianças sem seguro, cuidado médico de maneira econômica (restrições podem ser aplicadas). Favor contatar a Enfermeira da Escola para informação. Todos os contatos serão confidenciais.	Si usted no tiene seguros de salud. Massachusetts tiene un plan de seguros de salud al alcance de su presupuesto, para niños sin seguro de salud (se aplican restricciones). Por favor llame a la Enfermera de la Escuela para información acerca del programa. Toda la comunicación será confidencial.
--	---	---

Check (✓) all that apply to your child. Assinalar (i) tudo o que se aplica a sua criança/ Marque (i) las que apliquen a su hijo(a)

Allergies: _____ (food, environment, insect, medications –please specify): _____

Alergias (de alimentos, de ambiente, insetos, medicações – especificar)/ Alergias (alimentos, medio ambiente, insectos, medicinas – especifique)

ADD/ADHD _____ Asthma _____ Autism _____ Depression _____ Diabetes _____
Hiperatividade/Desordem de Atenção Asma Autismo Depressão/Depresión Diabete/Diabetes

Heart Condition _____ Migraines _____ OCD _____ Seizure Disorder _____ Other: _____
Problemas no coração/Condición Cardíaca Enxaqueca/Migrañas Compulsiva Obsessiva Convulsão/Convulsiones Outro/outro

Please specify problems with: Favor especificar problemas com: Por favor especifique si tiene problemas con:

Vision _____ Right _____ Left _____ Glasses _____ Contacts _____
Visão/Ojos Direito/Derecho Esquerdo/Izquierdo Oculos/Gafas Lentes de contato/Lentes de contacto

Hearing _____ Right _____ Left _____ Hearing Aid _____ Tubes _____
Audição/Oídos Direito/Derecho Esquerdo/Izquierdo Aparelho de audição/Tiene audifono Tubos/Entubado

Bone or joints _____ Dental _____ Other _____
Osso ou junta/Huesos o coyunturas Dentário/Dentales Outros/Otros

Does your child have any physical limitation? Yes (Sim/Si) _____ Explain (Explique): _____
A sua criança tem alguma limitação física? ¿Tiene su hijo(a) limitaciones físicas? No (Não/No) _____

Does your child need any special equipment? (walker, wheelchair, etc.) Yes (Sim/Si) _____ Explain (Explique): _____
Sua criança precisa de algum equipamento especial? (andador, cadeira de rodas, etc.) No (Não/No) _____
¿Necesita su hijo(a) de equipo especial? (caminador, silla de ruedas, etc.)

Please list all medications your child is taking: _____
Favor, listar todos os remédios que sua criança esta tomando. Por favor anote las medicinas que su hijo(a) toma.

Has your child been hospitalized during the last year? Yes (Sim/Si) _____ Explain (Explique): _____
A sua criança foi hospitalizado durante o ano passado? ¿Ha sido su hijo(a) hospitalizado durante el último año? No (Não/No) _____

List any immunizations your child had during the last year: _____
Liste alguma vacina que sua criança tomou durante o ano passado. Anote las vacunas su hijo(a) tuvo el último año.

I give the school nurse permission to share this information with appropriate school/medical personnel. I give the school permission to exchange information with my child's primary care physician for the purposes of referral, diagnosis and treatment.	Eu autorizo a enfermeira da escola a divulgar estas informações com os funcionários apropriados da escola/médico. Também autorizo a troca de informações com o médico de minha criança com a finalidade de encaminhamento, diagnóstico e tratamento.	Doy mi permiso para que la enfermera escolar comparta esta información con el personal escolar/médico apropiado. Doy mi permiso para intercambiar información con el medico de cabecera, con el propósito de remitir, diagnosticar e por tratamiento.
--	--	---

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____
Assinatura do Pai ou Responsável/Firma del Padre o Guardián Data/Fecha

Copy to School Nurse

