



DISTRITO ESCOLAR DO CONDADO DE PALM BEACH
SERVIÇOS EDUCACIONAIS VIRTUAIS E DOMICILIARES

Avaliação Anual de Educação Domiciliar

INSTRUÇÕES: As seções I e II abaixo deverão ser preenchidas por um professor titulado ou psicólogo licenciado. O prazo da Avaliação Anual vence todo ano na data em que a matrícula do aluno foi efetuada no programa de educação domiciliar.

Destinatário: The School District of Palm Beach County, Home Education Office, 3308 Forest Hill Boulevard, Suite C-124, West Palm Beach, FL 33406-5813, (561) 434-8052, FAX (561) 434-8447.

Se um aluno de educação domiciliar for matriculado em escola pública pertencente ao Distrito Escolar do Condado de Palm Beach, a série e os créditos serão determinados pela administração da escola, de acordo com as normas do distrito. O currículo, portfólio e avaliações do aluno deverão ser averiguados na escola antes que qualquer decisão sobre série ou crédito seja tomada.

NOME DO ALUNO(A) (primeiro, inicial do nome do meio, último)	DATA DE NASCIMENTO	NOME DO PAI/MÃE OU RESPONSÁVEL (primeiro, último)
ENDEREÇO DO ALUNO (rua, apt. nº, cidade, estado, CEP)		TELEFONE

Informações sobre série, sexo e raça/etnia são opcionais.

SÉRIE DO ALUNO	SEXO DO ALUNO	RAÇA/ETNIA	<input type="checkbox"/> A - Ásia/Ilha do Pacífico	<input type="checkbox"/> B - Negro Não-hispano	<input type="checkbox"/> H - Hispano
		<input type="checkbox"/> I - Índio americano/Nativo do Alasca	<input type="checkbox"/> M - Multirracial	<input type="checkbox"/> W - Branco Não-hispano	

SEÇÃO I - Marque TODAS as caixas que correspondam

Mediante um exame do portfólio e/ou resultado de testes, acho que o aluno tem não tem demonstrado um aproveitamento ao nível proporcional de suas habilidades e está não está pronto para prosseguir os estudos na próxima série.

SEÇÃO II

Preencha as seções A, B, ou C abaixo, como apropriado:

A. Professor Titulado da Flórida

Data(s) da avaliação _____

NOME DO PROFESSOR (letra de fôrma)	NÚMERO DO CERTIFICADO EM VIGOR	DATA DE VENCIMENTO
------------------------------------	--------------------------------	--------------------

Eu sou portador de um certificado válido do estado da Flórida, qualificado para lecionar disciplinas acadêmicas ao nível de escolas do Jardim a 5ª série ou de 6ª a 12ª série.

ASSINATURA DO PROFESSOR

DATA

() -
TELEFONE (opcional)

B. Psicólogo Licenciado

Data(s) da avaliação _____

NOME DO PSICÓLOGO LICENCIADO (letra de fôrma)	NÚMERO DA LICENÇA EM VIGOR	DATA DE VENCIMENTO
---	----------------------------	--------------------

Eu sou portador de uma licença em vigor em psicologia, concedida pelo Estado da Flórida.

ASSINATURA DO PSICÓLOGO

DATA

() -
TELEFONE (opcional)

C. Curso por Correspondência Credenciado (Documentação do aproveitamento do aluno em papel timbrado da escola, em anexo)

CURSO POR CORRESPONDÊNCIA	ÓRGÃO CREDENCIAL	VENCIMENTO DA CREDENCIAL
---------------------------	------------------	--------------------------

ASSINATURA DO ENCARREGADO DO CURSO POR CORRESPONDÊNCIA

DATA

() -
TELEFONE