

Preencher Ambos os Lados

Lynn Public Schools
Formulário de Emergência/Médico
Ano Letivo 2024/2025

ID: _____

Escola: _____ Ano/Sala de Aula: _____ Oficina: (se aplicável) _____

Informações Gerais

Aluno: _____ Data de Nasc.: _____ Local de Nasc.: _____
Último Primeiro Meio

Endereço: _____ N.º. Telefone: _____
Rua N.º. Apt. Cidade Estado/Código Postal

Masculino Feminino Língua falada em casa: _____

Pais/Tutores

Nome: _____
Último Primeiro Parentesco

N.º. Tel. Residencial: _____

N.º. Tel. do Trabalho: _____

N.º. Telemóvel/Celular: _____

Endereço de E-mail: _____

Endereço, se diferente do aluno: _____

Pais/Tutores

Nome: _____
Último Primeiro Parentesco

N.º. Tel. Residencial: _____

N.º. Tel. do Trabalho: _____

N.º. Telemóvel/Celular: _____

Endereço de E-mail: _____

Endereço, se diferente do aluno: _____

Irmão(s) do Aluno

Nome: _____ Escola : _____ Nome: _____ Escola: _____

Nome: _____ Escola : _____ Nome: _____ Escola: _____

SE NÃO ESTIVER DISPONÍVEL: Contactos de Emergência/Permissão de Dispensa (deve ter mais de 18 anos)

Nome: _____ Parentesco: _____ N.º. Telefone Diurno: _____

O Meu Filho Não Poderá Ser Dispensado A:

Nome: _____ Parentesco: _____

Nome: _____ Parentesco: _____

* Ordem de Restrição Válida

Sim Não

Sim Não

(Se sim, deverá anexar cópia da ordem)

***** Assinatura dos Pais/Tutores:**

Preencher Ambos os Lados

NOME DO ALUNO: _____

HISTÓRICO DE SAÚDE

Tem seguro médico?

Privado Público (MA Health, Medicaid, Children's Medical Security) Sem seguro

Nome do Prestador de Seguros: _____

(Por favor, contacte o enfermeiro da escola se necessitar de assistência para se candidatar a um seguro médico)

Informação Médica

Por favor, **ASSINALE TODAS AS CAIXAS** que se aplicam ao seu filho. Contacte o enfermeiro da escola para informações médicas confidenciais adicionais.

ALERGIAS (alimentos, insetos, medicamentos, ambiente) _____ **Epi-Pen?** **SIM** **NÃO**

Asma **Transtorno do Défice de Atenção (ADD)**/ **Transtorno de Défice de Atenção e Hiperatividade (ADHD)**

Autismo **Problemas de hemorragia/coagulação** **Depressão** **Diabetes** **Defeito/Doença Cardíaca** **Doença Renal**

OUTROS _____

Histórico de concussão na(s) data(s) _____

Convulsões/ataques (data do último ataque): _____ **Tipo de transtorno convulsivo:** _____

Operações ou lesões graves (datas) _____

Equipamento médico especial obrigatório _____

Problemas de Visão (especifique) _____ Usa óculos? **SIM** **NÃO** Usa lentes de contacto? **SIM** **NÃO**

Problemas Auditivos (especifique) _____ Ouvido esquerdo Ouvido direito Aparelho auditivo? **SIM** **NÃO**

Data do último exame físico: _____ **Restrições (necessário atestado médico):** _____

(Cópia/prova do exame físico é obrigatório antes da entrada na escola e nos anos: Jardim-de-Infância, 4º, 7º e 10º. Por favor, enviar ao enfermeiro da escola).

Medicamento(s) que o seu filho está atualmente a tomar:

Em casa: _____

Na escola: _____

Médico/Pediatra do Aluno

Prestador de Cuidados Dentários

Nome _____ Número de Telefone _____

Nome _____ Número de Telefone _____

NÃO DEIXE EM BRANCO:

AUTORIZAÇÃO DOS PAIS

- SIM** **NÃO** Dou permissão ao enfermeiro da escola para administrar **Tylenol** ao meu filho.
- SIM** **NÃO** Dou permissão ao enfermeiro da escola para administrar **Ibuprofeno** ao meu filho. (idade igual ou superior a 12 anos)
- SIM** **NÃO** Dou permissão ao enfermeiro da escola para aplicar **Calamina** ao meu filho em caso de pequenas irritações cutâneas.

*Na eventualidade de eu não poder ser contactado numa emergência, compreendo que o meu filho será transportado para o hospital para receber cuidados médicos.

*Por favor, note que higienizadores à base de álcool serão utilizados em todas as escolas. Para optar pela não utilização, por favor, envie uma carta ao enfermeiro da sua escola.

*Este histórico de saúde é correto, tanto quanto sei e o meu filho tem permissão para participar em todas as atividades, exceto aquelas por mim assinaladas.

*****Assinatura dos Pais/Tutores:** _____

Data: _____