Pai
E

BUTLER MIDDLE SCHOOL
ALUNO FORMULÁRIO DE EMERGÊNCIA

Nome do aluno: _____
(ÚLTIMO) (PRIMEIRO)
Endereço: _____ Ônibus # para a escola_____ Ônibus # casa_____ Walker_____

INFORMAÇÕES DE CONTATO PRINCIPAL: Pais / Responsáveis

NOME: _____
TELEFONE: _____ TRABALHO #: _____
E-MAIL: _____ Em

caso de doença, acidente ou emergência, contato primário, Os pais / responsáveis não podem ser encontrados, o mordomo está autorizado a contatar o seguinte para buscar ou ajudar com a criança.

Nome: _____
Relacionamento: _____ Telefone: _____

Nome: _____:
_____
Relacionamento: _____ Telefone:
_____Relacionamento: _____ Telefone:
_____: _____ Telefone:
_____

Nome: _____Nome:
_____Nome:
_____
Relacionamento: _____ TelefoneRelacionamento: _____
Telefone: _____Relacionamento: _____ Telefone:
_____

para levar a emergência para o hospital?

Nome do médicoNome do médico: _____ Telefone #:
_____
Seguradora: _____
Condições médicas / alergias, etc.:_____filmar

Temos sua permissão para/ fotografar / entrevistar seu filho durante eventos especiais? _____

Assinatura do pai / responsável _____

Med

Formulário de Emergência Medica

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.: _____

Circule **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 receitada 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:_____

BUTLER MIDDLE SCHOOL

PERMISSÃO DO ALUNO PARA TRAZER UM TELEMÓVEL para a ESCOLA

Nome do aluno: _____
(ultimo) (primeiro)

Peço que o meu filho/a possa levar um telemóvel para a escola. Concordo com o seguinte:

~ O aluno vai entregar o telefone ao professor/a ao entrar na escola.

~ O aluno será responsável por pegar o telefone no final do dia

~ A escola manterá os telefones numa área segura e fechada, no entanto a escola NÃO é responsável pela perda ou danos dos telefones devido a circunstâncias fora do controlo da escola

Assinatura Pai/Guardião_____ Data:_____

Assinatura do Aluno _____ Data: _____