

Ficha de Contatos de Emergência do Estudante

Este formulário deve ser atualizado anualmente.

For office use only:

School # _____
 Student # _____
 Date enrolled _____

- Medical
- Court Order
- Special Needs
- Other

Em caso de emergência, é indispensável que a escola possa entrar em contato com o/a pai/mãe do estudante (conforme definido abaixo). Favor preencher atentamente ambos os lados deste formulário. Favor escrever com caneta e de forma legível. Os nomes de ambos os pais do estudante (conforme definido na Seção 1000.21(5) dos Estatutos da Flórida), o/a pai/mãe fazendo a matrícula, e o/a pai/mãe não presente devem estar incluídos na ficha de contatos de emergência como pessoas autorizadas para buscar o aluno na escola, exceto quando uma ordem judicial revoga os direitos dos pais e a cópia autenticada de tal ordem judicial é apresentada à secretaria da escola.

Ambos os pais devem designar na Ficha de Contatos de Emergência as pessoas autorizadas para buscar o aluno na escola. Nenhum dos pais deve excluir, ou de qualquer forma alterar, os nomes fornecidos pelo outro progenitor na Ficha de Contatos de Emergência.

Student: _____ Grade: _____

Student Identification Number: _____

Student: _____

Estudante

Pai/Mãe Fazendo a Matrícula

Outro Pai

Dispensa/Contato Autorizado

Dispensa/Contato Autorizado pelo(a) pai/mãe não presente na matrícula

Sobrenome	Nome			Nome do meio
Professor (somente escola primária)	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	Série
Endereço Residencial	Cidade	Estado	CEP	Telefone Residencial
Endereço para Correspondência (caso diferente do acima)	Cidade	Estado	CEP	Data de Nascimento / /
O estudante mora com: _____ Assinale o que se aplica à residência do estudante: <input type="checkbox"/> Razão Médica <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais <input type="checkbox"/> Ordem Judicial <input type="checkbox"/> Outro	O estudante mudou de endereço desde a última matrícula? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Há uma ordem judicial em arquivo que impede um dos pais de ter contato com o estudante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Caso sim, contate a escola)	

Sobrenome	Nome	Email		
Endereço Residencial	Cidade	Estado	CEP	Telefone Residencial
Empregador	Telefone do Trabalho		Telefone Celular	

Sobrenome	Nome	Email		
Endereço Residencial	Cidade	Estado	CEP	Telefone Residencial
Empregador	Telefone do Trabalho		Telefone Celular	

Favor indicar os nomes das pessoas a quem podemos liberar o seu filho, ou quem podemos contatar, caso não for possível entrar em contato com você. **NENHUM ESTUDANTE SERÁ LIBERADO A UMA PESSOA QUE NÃO ESTIVER INCLUÍDA NA LISTA ABAIXO.** Ao selecionar uma pessoa autorizada para buscar o seu filho, considere: Esta pessoa está preparada para lidar com quaisquer cuidados médicos especiais exigidos pelo seu filho? Eu/ Nós autorizo(amos), por meio deste, o contato, a divulgação de informações relacionadas a emergências, ou a dispensa do estudante às seguintes pessoas, em caso de doença, evacuação, ou outra emergência que pode ocorrer enquanto o aluno está na escola.

Nome	Relação	Telefone Residencial	Telefone Celular ou do Trabalho

Declaro que as informações desta ficha são verdadeiras e corretas. Avisarei a secretaria da escola imediatamente sobre quaisquer mudanças.
 Assinatura _____ Data _____ Relação _____

Esta seção pode ser preenchida somente pelo(a) pai/mãe não presente durante a matrícula, para designar outras pessoas autorizadas para buscar o aluno. O(a) pai/mãe que efetuou a matrícula não pode alterar esta seção da ficha. O (a) pai/mãe não presente não pode alterar qualquer outra parte desta ficha.

Nome	Relação	Telefone Residencial	Telefone Celular ou do Trabalho

Declaro que as informações desta ficha são verdadeiras e corretas. Avisarei a secretaria da escola imediatamente sobre quaisquer mudanças.
 Assinatura _____ Data _____ Relação _____

Ficha de Contatos de Emergência do Estudante

As informações pessoais fornecidas neste formulário serão mantidas em sigilo (em uma área protegida) e apenas utilizadas e divulgadas pelos funcionários da escola quando necessário.

Nome do Estudante

Sobrenome	Nome	Nome do meio
-----------	------	--------------

Medicação

O seu filho toma medicação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se o seu filho precisa tomar medicação na escola, todos os medicamentos levados para a escola devem estar na embalagem original da prescrição, com a data atual e o nome do paciente. Além disso, o formulário de "Autorização para Medicação/Tratamento" deve ser preenchido e assinado pelo médico e pelos pais e deve ficar em arquivo na escola.
---	--

Informações sobre o Seguro de Saúde

Medicação	Dosagem	Horário de aplicação

Visão e Audição

Favor assinalar o quadrado aplicável: Seguro de Saúde Familiar Florida Healthy Kids Florida Kid Care
 Medicaid # _____ Não tenho seguro de saúde Outro _____
 SE NENHUM, você nos autoriza a encaminhar o nome e o telefone do pai/mãe para o Seguro Florida Kidcare para fins de triagem de seguro de saúde e verificar se você pode se qualificar para cobertura de seguro de saúde? Caso sim, favor assinar: _____

Prestadores de Assistência Médica

O seu filho usa óculos ou lentes de contato? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	O seu filho usa aparelho(s) de audição? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---

Problemas de Saúde

Nome	Telefone
Médico	
Dentista	
Nome do Plano de Saúde/Grupo	

Divulgação de Informações Médicas Tratamento de Emergência

Assinale todas as opções aplicáveis:

Asma Se assinalado, usa inalador? Sim Não Usa medicação diária?
 Convulsões Se assinalado, toma medicação? Sim Não
 Diabete Se assinalado, dependente em insulina? Sim Não
 Restrição de movimento _____
 Doença recente/hospitalização/cirurgia (descreva) _____
 Outra condição _____
 Alergias graves? Se assinalado, favor especificar:
 Alimentar/Ambiental As alergias exigem:
 Picadas de insetos/abelhas EpiPen
 Medicamentos/Drogas Benadryl
 Outra _____ Outro medicamento _____

Informações sobre Saída da Escola

Autorizo, por meio desta, que os dados de saúde do meu filho, as informações de contato dos pais, e outras informações de saúde (obtidas de serviços de saúde fornecidos na escola, inclusive dados armazenados eletronicamente) sejam compartilhados com o pessoal de emergência e com autoridades do departamento de saúde, para tratar de condições relevantes de saúde pública, incluindo informações para atender e se preparar para possíveis ou confirmadas condições de saúde.
 Assinatura do(a) Pai/Mãe _____ Data _____
 A escola chamará o atendimento médico de emergência caso necessário. O transporte de emergência para uma unidade de saúde será autorizado conforme determinação dos paramédicos.

Irmãos e Idioma Falado em Casa

PROCEDIMENTOS NORMAIS DE SAÍDA	PROCEDIMENTOS DE SAÍDA DE EMERGÊNCIA
Em um dia de aula normal, como o seu filho sairá da escola? <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Ônibus escolar <input type="checkbox"/> Caminhando/de Bicicleta <input type="checkbox"/> Participa de programa após o horário escolar na escola <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Participa de programa após o horário escolar fora da escola	No evento de uma tempestade intensa ou outra saída inesperada de emergência, o seu filho foi instruído a: <input type="checkbox"/> Caminhar para casa <input type="checkbox"/> Ir de ônibus escolar, como sempre <input type="checkbox"/> Usar transporte público <input type="checkbox"/> Ir de carro para casa com um amigo, conforme indicado na lista de contatos autorizados <input type="checkbox"/> Ir de carro para casa somente com os pais

Perguntas de Pesquisa

Favor incluir todos os irmãos que frequentam a nossa escola			Favor indicar quaisquer outros idiomas falados em casa:		
Sobrenome	Nome	Série	_____		

Por favor, ajude-nos a entender melhor as necessidades da nossa comunidade escolar, respondendo às seguintes perguntas. Favor assinalar todas as opções aplicáveis.

O seu filho tem acesso a um computador em casa? Sim Não
 Você tem acesso à internet em casa? Sim Não
 O seu filho tem acesso à internet no computador de sua casa? Sim Não
 Você tem acesso à internet fora de casa? Sim Não
 Favor indicar o método de contato de preferência: Email Texto Telefone