

GREATER LOWELL TECHNICAL HIGH SCHOOL
INFORMAÇÃO DE EMERGÊNCIA
2024-2025

A PREENCHER PELOS PAIS OU GUARDIÕES:

Pais ou responsável legal: Ambos pais Pai Mãe Outro _____

O aluno mora com: Ambos pais Pai Mãe Outro _____

Em caso de emergência durante o horário escolar, é necessário entrar em contato com os pais / responsáveis para dar permissão aos médicos e / ou hospitais para tratar menores em situações de emergência. É extremamente importante que você nos notifique imediatamente sobre qualquer alteração de endereço ou número de telefone.

Por favor imprima:

NOME DO ESTUDANTE: _____ NÍVEL: _____
 Sobrenome Nome 2° nome

DOMICÍLIO: _____
 Número Rua Cidade/Povo CEP

TELEFONE DE CASA # _____ TELEFONE CELULAR# _____

DATA DO NACIMENTO DO ALUNO: Mês: ____ Dia: ____ Ano: ____ LUGAR DE NACIMENTO: _____

NOME COMPLETO DO PAI (TUTOR): _____

EMPREGO: _____

Telefone do emprego: Área No. ____ Número _____ Ext. _____

LÍNGUA MATERNA DO PAI (TUTOR): _____

Você prefere ser contatado em outro idioma que não o inglês?

Não Sim, de ser assim, indique em qual idioma _____

NOME COMPLETO DA MÃE (TUTORA): _____

EMPREGO: _____

Telefone do emprego: Área Não. ____ Número _____ Ext. _____

LÍNGUA MAT

ERNA DE LA MÃE (TUTORA): _____

Você prefere ser contatado em outro idioma que não o inglês?

Não Sim, de ser assim, indique em qual idioma _____

CIA. SEGURO DE SAÚDE DO ALUNO: _____

NÚMERO DO CERTIFICADO DE SEGURO DE SAÚDE DO ALUNO: _____

NOME DO MÉDICO DO ALUNO: _____ TELEFONE # _____

VOCÊ DÁ SUA PERMISSÃO PARA NOTIFICAR OS PROFESSORES DE QUALQUER CONDIÇÃO MÉDICA DE SEU FILHO?
 Sim Não

O ALUNO PRECISA DE UM EPI-PEN? Sim Não SE ASSIM, OS PAIS DEVEM FORNECER O EPI-PEN À ESCOLA.

O ALUNO TEM PROBLEMAS FÍSICOS OU PSICOLÓGICOS E / OU ALERGIAS?

Não Sim De ser assim, indique-lhes por favor: _____

¿O ALUMNO TEM UMA DISCAPACIDADE? Sim Não

De ser assim, indique qual por favor: _____

IEP (Plano educativo individualizado) Plano 504

● O ALUNO TOMA ALGUMA MEDICAÇÃO? Sim Não

De ser assim, indique qual por favor _____

De ser assim, deve levá-lo durante o dia na escola? Sim Não

● AUTORIZO OS ENFERMEIROS ESCOLARES A ADMINISTRAR MEU FILHO:

TYLENOL Sim Não COMPRIMIDOS PARA TOS Sim Não
(325mg, 2 tabs)

IBUPROFEN Sí No ANTIÁCIDO Sim Não
(200 mg 1-2 tabs) (Tums, para dor de estômago)

MIDOL Sim Não
(para cólicas menstruais)

Se nenhum dos pais puder ser encontrado em caso de emergência, forneça o nome das duas pessoas mais autorizadas por você para fornecer assistência.

AS DUAS PESSOAS QUE VOCÊ ESCOLHA DEVEM ESTAR DISPONÍVEIS DURANTE AS HORAS ESCOLARES.

NOME DA PESSOA _____
RELAÇÃO _____ TELEFONE # _____

DOMICILIO: _____
Número Rua Cidade / Povo

NOME DA PESSOA _____

RELAÇÃO _____ TELEFONE # _____

DOMICILIO: _____
Número Rua Cidade / Povo

É DA RESPONSABILIDADE DOS PAIS / GUARDIÕES TRANSPORTAR SUA CRIANÇA OU FERIADO. QUALQUER DOENÇA OU LESÃO QUE OCORRE EM CASA NÃO É A RESPONSABILIDADE DOS ENFERMEIROS ESCOLARES E DEVE SER CUIDADA PELOS PAIS / GUARDIÕES.

As enfermeiras da escola estão na escola para cuidar de doenças que ocorrem apenas durante o horário escolar e lesões na escola. Eles são responsáveis pelo tratamento inicial de primeiros socorros e não pelo tratamento seguinte.

SE O ALUNO PRECISA DE TRANSPORTE POR AMBULÂNCIA, SERÁ TRANSPORTADO PARA O HOSPITAL MAIS PRÓXIMO.

ASSINATURA DO PAI OU TUTOR-: _____ DATA: _____

*** Este formulário deve ser preenchido e devolvido à Greater Lowell Tech dentro de dez dias após o recebimento.**

