

Escola West Tisbury
Formulário de Saúde para Viagem de Campo com Pernoite

Nome do Aluno: _____ Data de Nascimento: _____

Nome do Responsável 1: _____ Celular: _____

Nome do Responsável 2: _____ Celular: _____

Outro Contato de Emergência (caso os pais não possam ser contatados)

Nome e parentesco com o aluno: _____ Celular: _____

Informações de Saúde do Aluno

Alergias a alimentos ou medicamentos: _____

Usa EpiPen? Sim/Não: _____

Outras alergias, restrições alimentares ou problemas de saúde (asma, TDAH, alfa-gal):

Outras informações importantes para compartilhar com os acompanhantes (sonambulismo, enurese noturna, etc.):

Medicação

Liste todos os medicamentos que seu filho precisará durante a viagem de esqui.

Inclua todos os medicamentos prescritos e de venda livre, a dosagem e o motivo pelo qual podem ser necessários (ex: Advil 400mg para cólicas menstruais):

Os alunos não têm permissão para carregar seus próprios medicamentos (exceto inaladores para asma e EpiPens). Isso inclui todos os medicamentos de venda livre, como Tylenol, Advil e melatonina. Uma prescrição médica é necessária para que seu filho receba qualquer medicamento de venda livre durante a viagem. Isso será providenciado pela enfermeira da escola.

Nome do Médico: _____ Telefone do Médico: _____

Consentimento para Tratamento Médico

Em caso de doença ou lesão grave que exija atenção médica, a permissão dos pais é necessária.

Em caso de emergência, autorizo os acompanhantes da WTS a providenciar tratamento médico para meu filho e qualquer atenção/intervenção médica que seja necessária.

Assinatura: _____ Data: _____

Seguradora de Saúde: _____ Número da Apólice: _____

Nome do Titular da Apólice: _____