

Ficha de Contato de Emergência do Estudante das Escolas Públicas do Condado de Broward de 2026-27

Este formulário deve ser atualizado anualmente

Office Use Only	Student #	Grade Level:	☐ Court Order	☐ Medical
	Date Enrolled:		☐ Special Needs	☐ Other

No caso de uma emergência, é imprescindível que a escola possa entrar em contato com os pais do(a) estudante (conforme definido abaixo). Por favor, preencha corretamente as informações em ambos os lados deste cartão. Use caneta e escreva de forma legível. Os nomes de ambos os pais do(a) estudante/responsáveis (conforme definido na Seção 1000.21(6), Estatutos da Flórida), devem constar na ficha de contato de emergência como pessoas autorizadas a buscar o(a) estudante na escola, exceto quando uma ordem judicial tiver revogado os direitos dos pais e uma cópia autenticada dessa ordem judicial tiver sido fornecida à secretaria da escola. Ambos os pais devem designar na Ficha de Contato de Emergência as pessoas autorizadas a buscar seus filhos na escola. Nenhum dos pais poderá excluir ou de alguma forma alterar os nomes fornecidos pelo outro pai na Ficha de Contato de Emergência.

Dados do(a) Estudante	Sobrenome:	Nome:	Nome do Meio:	
	Data de Nascimento: / /		Professor(a) (somente ensino fundamental I):	
	Endereço Residencial:			
	Endereço para Correspondência (se diferente do acima):			
	Assinale as opções aplicáveis à residência do(a) estudante: ☐ Condição Médica ☐ Ordem Judicial ☐ Necessidades Especiais ☐ Outra			
	O(A) estudante mudou de endereço desde a última matrícula? ☐ Sim ☐ Não			
	Há alguma ordem judicial registrada que impeça um dos pais de ter contato com o(a) estudante? ☐ Não ☐ Sim, contate a escola			
	Nome(s) Preferido(s)/Apelido(s):			
	Os funcionários podem se referir ao meu(minha) filho(a) usando o(s) nome(s) preferido(s) ou apelido(s) listado(s) acima em todos os documentos não oficiais e durante eventos escolares ou do Distrito.			
	Assinatura:		Data:	Relação:

Pai/Mãe	Sobrenome:	Nome:	Telefone Celular:	
	Endereço Residencial (se diferente do estudante):		Cidade, Estado, CEP:	Telefone Residencial:
	Empregador:	Telefone do Trabalho:	E-mail do Pai/Mãe:	

Outro Pai/Mãe	Sobrenome:	Nome:	Telefone Celular:	
	Endereço Residencial (se diferente do estudante):		Cidade, Estado, CEP:	Telefone Residencial:
	Empregador:	Telefone do Trabalho:	E-mail do Pai/Mãe:	

Pessoas Autorizadas a Buscar o(a) Estudante/Contato	Liste os nomes das pessoas autorizadas a buscar seu(sua) filho(a) ou a quem podemos contatar caso não for possível contatá-lo. O ESTUDANTE NÃO PODERÁ SER LIBERADO PARA PESSOAS QUE NÃO ESTEJAM LISTADAS ABAIXO. Ambos os pais podem designar na Ficha de Contato de Emergência as pessoas autorizadas a buscar seus filhos na escola. Ao selecionar a pessoa autorizada a buscar seu(sua) filho(a), considere se essa pessoa está preparada para lidar com quaisquer necessidades médicas especiais exigidas por ele(a). Autorizo/autorizamos pela presente o contato, a divulgação de informações relacionadas a emergências ou a liberação do(a) estudante para as seguintes pessoas em caso de doença, evacuação ou outra emergência que possa ocorrer enquanto o(a) estudante estiver na escola.			
	Nome:	Relação:	Telefone:	
Declaro que as informações que constam nesta ficha são verdadeiras e corretas. Avisarei a secretaria da escola imediatamente sobre quaisquer mudanças:				
Assinatura:		Data:	Relação:	

Os dados pessoais fornecidos neste formulário serão mantidos confidenciais (em uma área protegida) e somente serão usados e divulgados pelos funcionários da escola quando necessário.

Ficha de Contato de Emergência do Estudante das Escolas Públicas do Condado de Broward de 2026-27

Este formulário deve ser atualizado anualmente

Student Last Name:

First:

Middle:

Grade Level:

Autorização para Serviços de Saúde	Autorização para Serviços de Clínica Escolar: Cuidados e tratamento de doenças e lesões (por exemplo: consultas à clínica escolar para dor de estômago, dor de cabeça, sintomas de resfriado/gripe, sangramento nasal, curativos para cortes e arranhões, etc.). ☐ SIM , autorizo meu (minha) filho (a) a receber cuidados da enfermeira da escola, de profissionais de saúde treinados ou de funcionários qualificados da escola durante o dia letivo e em atividades fora da escola, inclusive em excursões. ☐ NÃO , eu entendo que meu(minha) filho(a) NÃO receberá nenhum atendimento não emergencial da equipe de saúde ou da equipe escolar. Se esta seção for deixada em branco ou sem assinar, os funcionários da escola NÃO poderão cuidar de seu(sua) filho(a), a menos que haja uma emergência médica. Autorizo meu(minha) filho(a) a receber serviços de saúde conforme indicado acima. Entendo que, ao dar o consentimento, a BCPS divulgará os registros educacionais de meu(minha) filho(a) (incluindo dados médicos) a prestadores de serviços de enfermagem contratados que atenderem meu(minha) filho(a). Assinatura: _____ Data: _____ Relação: _____																		
	Exames de Saúde Obrigatórios pelo Estado, F.S. 381.0056(3): Os estudantes nas séries em que se exigem exames de triagem pelo estado (jardim de infância, 1º ano, 3º ano e 6º ano) farão exames de saúde específicos para visão, audição, crescimento e desenvolvimento e esoliose, conforme previsto no plano de serviços de saúde do distrito. O(A) estudante estará isento(a) de qualquer exame de saúde se seus pais ou responsáveis solicitarem essa isenção por escrito.																		
	Dados Médicos É necessário fornecer os dados médicos a cada ano letivo e sempre que houver mudanças. As informações de condições de saúde fornecidas em anos anteriores não serão consideradas atuais, a menos que indicado abaixo. Se você assinalar que seu(sua) filho(a) tem um problema de saúde atual, deve-se preencher o Formulário de Avaliação do Estado de Saúde (<i>Health Condition Review Form</i>) e também enviar documentação de um profissional de saúde para a escola de seu(sua) filho(a). ☐ Meu(minha) filho(a) NÃO tem ou já não tem mais nenhuma das condições de saúde listadas abaixo Assinale todas as condições de saúde atuais e que tenham sido diagnosticadas por um profissional de saúde: <table border="1"> <tr> <td>☐ TDA/TDAH (ADD/ADHD)</td> <td>☐ Alergias (sem risco de vida)</td> <td>☐ Alergias (com risco de vida)</td> <td>☐ Asma (toma atualmente medicamentos diários ou de emergência)</td> </tr> <tr> <td>☐ Autismo</td> <td>☐ Distúrbio hemorrágico</td> <td>☐ Câncer</td> <td>☐ Condições cardíacas</td> </tr> <tr> <td>☐ Fibrose cística</td> <td>☐ Diabetes – Tipo 1</td> <td>☐ Diabetes – Tipo 2</td> <td>☐ Epilepsia/Transtornos convulsivos (SEM incluir convulsões febris)</td> </tr> <tr> <td>☐ Distúrbio renal</td> <td>☐ Lúpus</td> <td>☐ Condições de saúde mental/comportamental</td> <td>☐ Anemia falciforme (NÃO traço falciforme)</td> </tr> </table> ☐ Outra condição (descrever): _____			☐ TDA/TDAH (ADD/ADHD)	☐ Alergias (sem risco de vida)	☐ Alergias (com risco de vida)	☐ Asma (toma atualmente medicamentos diários ou de emergência)	☐ Autismo	☐ Distúrbio hemorrágico	☐ Câncer	☐ Condições cardíacas	☐ Fibrose cística	☐ Diabetes – Tipo 1	☐ Diabetes – Tipo 2	☐ Epilepsia/Transtornos convulsivos (SEM incluir convulsões febris)	☐ Distúrbio renal	☐ Lúpus	☐ Condições de saúde mental/comportamental	☐ Anemia falciforme (NÃO traço falciforme)
	☐ TDA/TDAH (ADD/ADHD)	☐ Alergias (sem risco de vida)	☐ Alergias (com risco de vida)	☐ Asma (toma atualmente medicamentos diários ou de emergência)															
☐ Autismo	☐ Distúrbio hemorrágico	☐ Câncer	☐ Condições cardíacas																
☐ Fibrose cística	☐ Diabetes – Tipo 1	☐ Diabetes – Tipo 2	☐ Epilepsia/Transtornos convulsivos (SEM incluir convulsões febris)																
☐ Distúrbio renal	☐ Lúpus	☐ Condições de saúde mental/comportamental	☐ Anemia falciforme (NÃO traço falciforme)																
Seu/sua filho(a) usa óculos/lentes de contato? ☐ Sim ☐ Não Seu/sua filho(a) usa aparelho(s) auditivo(s)? ☐ Sim ☐ Não																			
Seguro-Saúde	Assinale a caixa aplicável: ☐ Seguro de saúde privado ☐ Florida KidCare/Florida Healthy Kids ☐ Medicaid ☐ Nenhum																		
	Se NENHUM , temos sua permissão para encaminhar o nome do(a) estudante, o nome dos pais, os dados de contato e a situação atual da cobertura do seguro-saúde para o Florida KidCare Insurance para que seja feita uma verificação de elegibilidade, a fim de determinar se você se qualifica para o plano de saúde? ☐ Sim, favor assinar aqui: _____ ☐ Não																		
Divulgação de Dados Médicos e Emergência	Autorizo pelo presente a divulgação dos dados médicos de meu(minha) filho(a), dados de contato dos pais e outras informações de saúde (coletadas dos serviços de saúde prestados na escola, incluindo informações armazenadas eletronicamente) aos funcionários do departamento de saúde para tratar de condições de importância para a saúde pública, incluindo informações para atender e se preparar para possíveis ou confirmadas condições de saúde. No caso de estudantes que recebem serviços de saúde de funcionários da escola ou do Distrito e/ou de fornecedores contratados, também autorizo o Distrito a compartilhar as informações de saúde pessoais de meu(minha) filho(a) e os dados demográficos relacionados com o Departamento de Saúde da Flórida para fins de monitoramento, a fim de garantir a conformidade do programa pelo Distrito e pelas escolas e avaliar a prestação de serviços. Assinatura: _____ Data: _____																		
	Serão divulgados dados médicos e outras informações sem o consentimento dos pais/estudante elegível em caso de emergências de saúde, conforme permitido pela Lei de Direitos Educacionais e Privacidade da Família (FERPA). A escola solicitará atendimento médico de emergência caso necessário. Será autorizado o transporte emergencial para um centro de saúde, conforme determinado pelos paramédicos.																		
Informações de Saída da Escola	Procedimentos Regulares de Saída da Escola: Em um dia normal, como seu(sua) filho(a) sairá da escola? ☐ De carro ☐ De ônibus escolar ☐ Usar transporte público ☐ Programa pós-escolar na própria escola ☐ Programa pós-escolar externo ☐ A pé ou de bicicleta para casa																		
	Procedimentos de Saída de Emergência: No caso de forte tempestade ou outra emergência imprevista, seu(sua) filho(a) foi orientado(a) a: ☐ Caminhar para casa ☐ Ir de ônibus escolar como de costume ☐ Usar transporte público ☐ Ir de carro para casa somente com os pais ☐ Ir de carro para casa com alguma pessoa indicada na lista de contatos autorizados																		
	Sobrenome:	Nome:	Série:																
Irmãos e Idioma Falado em Casa	Liste outros idiomas falados em casa: _____																		
	Para que possamos entender as necessidades de nossa comunidade escolar, responda às perguntas a seguir.																		
Questionário	Seu(sua) filho(a) tem acesso a um computador em casa?		☐ Sim ☐ Não																
	Você tem acesso à internet em casa?		☐ Sim ☐ Não																
	Seu(sua) filho(a) tem acesso à internet no computador de casa?		☐ Sim ☐ Não																
	Você tem acesso à internet fora de sua casa?		☐ Sim ☐ Não																
	Indique o método de contato de sua preferência: ☐ Ligação ☐ Mensagem de texto ☐ E-mail																		