

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.**