

Não Sim Se sim, quais?: _____

TEM O ALUNO UMA DEFICIÊNCIA?

Sim

Não

Se sim, por favor, explique _____

PIE (Plano de Educação Individual)

Plano 504

• ESTÁ O ESTUDANTE TOMANDO QUALQUER MEDICAÇÃO?

Sim

Não

Se sim, qual medicação? _____

Se sim, será que vai ser tomada durante o horário escolar?

Sim

Não

• CONCEDO PERMISSÃO AO ENFERMEIRO ESCOLAR PARA ADMINISTRAR A MEU FILHO / FILHA:

TYLENOL (325mg, 2 tabs) Sim Não

GOTAS DE TOSSE Sim Não

MIDOL (Para cólica menstrual) Sim Não

ANTIÁCIDO (Tums, para dor de estômago) Sim Não

Se os pais não puderem ser localizado em caso de uma emergência, por favor, fornece-nos com dois nomes, outro que não seja pais, que são autorizados por você para dar auxílio

AS PESSOAS QUE VOCÊ ESCOLHE DEVE ESTAR DISPONÍVEL DURANTE AS HORAS DE ESCOLA.

NOME DA PESSOA _____

RELACIONAMENTO _____ No. TELEFONE # _____

ENDEREÇO DA PESSOA _____
Número Rua Cidade

NOME DA PESSOA _____

RELACIONAMENTO _____ No. TELEFONE # _____

ENDEREÇO DA PESSOA _____
Número Rua Cidade

É A RESPONSABILIDADE DOS PAIS/GUARDIÕES FORNECER TRANSPORTE PARA SUA CRIANÇA DOENTE OU FERIDA. QUALQUER DOENÇA OU LESÃO QUE OCORRE EM CASA NÃO É A RESPONSABILIDADE DAS ENFERMEIRAS DA ESCOLA E DEVE SER CUIDADA PELOS PAIS/GUARDIÕES.

As enfermeiras de escola estão na escola para doenças ou feridas que ocorrem durante as horas da escola. Elas são responsáveis pela primeira ajuda não para tratamento e acompanhamento terapêutico.

SE O ALUNO PRECISA DE SER TRANSPORTADO POR AMBULÂNCIA, ELES SERÃO TRANSPORTADOS PARA O HOSPITAL MAIS PRÓXIMO, LOWELL GENERAL HOSPITAL.

ASSINATURA DOS PAIS/ GUARDIÕES: _____ DATA: _____

Este formulário deve ser preenchido e devolvido a Greater Lowell Tech no prazo de dez dias.