



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)

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.**