

BOSTON RENAISSANCE CHARTER ESCOLA PÚBLICA

INFORMAÇÕES DE SAÚDE E EMERGÊNCIA

NOME DO ALUNO _____ DATA _____

MASCULINO FEMININO DO: _____ IDADE: _____ GRAU: _____

LISTA TODAS AS CONDIÇÕES MÉDICAS E/OU DOENÇAS: _____

LISTA ALERGIAS (a alimentos e/ou medicamentos - apenas conhecidas *alergias* não sensibilidades, por exemplo, intolerância à lactose):

LISTA DE MEDICAMENTOS ATUAIS _____

Se o medicamento deve ser tomado durante o dia escolar, ele só pode ser administrado pela enfermeira da escola. Você deve fornecer ordens médicas por escrito, bem como permissão por escrito dos pais. Qualquer medicação necessária deve ser entregue diretamente aos enfermeiros do Serviço de Saúde. **As crianças são proibidas de levar medicamentos de ou para a escola. Pedidos de medicamentos e formulários de permissão devem ser renovados a cada ano.** Por favor, leia a política de medicamentos da escola.

NOME DO PEDIATRA _____ TELEFONE _____

ENDEREÇO _____

INSTALAÇÃO ASSOCIADA/ HOSPITAL _____

Medical Insurance co. _____ Apólice nº _____

Dental Insurance co. _____ Política nº _____

____ Serei responsável pelo custo de qualquer atendimento médico ou odontológico de emergência fornecido ao meu filho.

____ Meu filho não está coberto pelo seguro médico.

Autorizo a BRCPS a consentir o tratamento em caso de emergência médica. Eu entendo que todos os esforços serão feitos para entrar em contato com um dos pais antes de autorizar o tratamento.

Imprimir Nome do

Pai Assinatura

Telefone Comercial

Telefone residencial/celular

Contato de emergência: Nome _____ Relacionamento: _____ Tel: _____
(no caso de você não poder ser encontrado)

IRMÃOS OU PARENTES ASSISTINDO A RENASCIMENTO:

NOME _____

NOME _____

NOME _____

NOME _____

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER ATUALIZADO PELOS PAIS/ **ASSIM QUE QUALQUER INFORMAÇÃO MUDAR .**