

FICHA DE CONTATOS DE EMERGÊNCIA DO ESTUDANTE

Contatos de Emergência (*Student Emergency Contact Card – Emergency Contacts*)



Em caso de emergência, é imprescindível que a escola possa entrar em contato com o pai do estudante (conforme definido abaixo). Favor preencher com cuidado e exatidão os **dois lados desta ficha**. Favor escrever em letra de fôrma com caneta. “Pai” pode ser qualquer adulto com autoridade de supervisão sobre o estudante (seção 1000.21(5) do Fla.Stat.) Série ____

Office Use Only

School # _____

FSI# _____

Date Enrolled _____

- MEDICAL
- RESTRAINING ORDER
- SPECIAL NEEDS
- OTHER

(Portuguese)

ESTUDANTE

Sobrenome _____ Nome _____ Nome do meio _____ Masc. Fem. _____ Professor/Orientador _____

Endereço Residencial _____ Cidade _____ Estado/CEP _____ Telefone Res. _____ Data de Nascimento _____ Local de Nascimento _____

Endereço para correspondência, se diferente do acima _____ Cidade _____ Estado/CEP _____

Mora com: Mãe Pai Ambos os pais Outro _____

Mudança de endereço? Não Sim No caso de sim, favor avisar a escola.

PAI REGISTRANTE

Sobrenome _____ Nome _____ Email _____ Empregador _____

Endereço Residencial _____ Cidade _____ Estado/CEP _____ Telefone Res. _____ Tel. Trabalho _____ Tel. Celular _____ Pager _____

OUTRO PAI/MÃE

Sobrenome _____ Nome _____ Email _____ Empregador _____

Endereço Residencial _____ Cidade _____ Estado/CEP _____ Telefone Res. _____ Tel. Trabalho _____ Tel. Celular _____ Pager _____

Outras crianças no domicílio: (1) _____ (2) _____

Nome _____ Série _____ Escola _____ Nome _____ Série _____ Escola _____

Idiomas falados em casa: 1. _____ 2. _____

O pai/mãe foi proibido(a), por ordem judicial, de contatar o estudante? Não Sim No caso de Sim, avise a escola.

Pessoas AUTORIZADAS a Buscar/Contato

Favor indicar os nomes das pessoas autorizadas a buscar a sua criança ou a quem possamos contatar se não for possível entrar em contato com você. **NENHUM ESTUDANTE SERÁ LIBERADO A UMA PESSOA QUE NÃO ESTIVER NA LISTA ABAIXO.** Quando for selecionar as pessoas autorizadas a buscar a sua criança, leve em consideração: Esta pessoa está preparada para lidar com quaisquer cuidados médicos especiais requeridos por sua criança?

Eu/Nós autorizo(amos), por meio desta, o contato, liberação de informação relacionada à emergência, ou a liberação do estudante às seguintes pessoas em caso de doença, ferimento, evacuação ou outra emergência que possa ocorrer quando os estudantes estiverem na escola.

Nome	Relação	Telefone Residencial	Tel.Trabalho ou Celular
Contato fora do Estado:			

Declaro que a informação neste formulário é verdadeira e correta. Avisarei a escola imediatamente sobre quaisquer mudanças.

Assinatura do Pai/Mãe _____ / _____ Data _____ Relacionamento _____

Continua ⇨

STUDENT:

SCHOOL:

FICHA DE CONTATOS DE EMERGÊNCIA DO ESTUDANTE

Dados Médicos (Student Emergency Contact Card – Medical Information)

ESTUDANTE

Sobrenome _____

Nome _____

Nome do meio _____

DADOS MÉDICOS/DE SAÚDE

Medicação: A sua criança toma medicação? Não Sim

Medicação	Dosagem	Horário de aplicação

Se a sua criança necessitar de medicação na escola, todas as medicações levadas para a escola devem estar no recipiente original de prescrição, com a data corrente e o nome da criança. Além disso, o formulário de “Autorização para Medicação/Tratamento” deve ser preenchido e assinado pelo médico e pelo pai/mãe e deve ficar em arquivo.

Informação sobre Plano de Saúde: Favor assinalar o quadrado apropriado.

- Plano de Saúde Familiar Florida Healthy Kids Florida KidCare Outro: _____
 Medicaid# _____ Sem Plano de Saúde

Médico/Provedor de Assistência Médica _____ Telefone _____

Plano de Saúde/Nome do Grupo _____ Nº da Apólice _____

Dentista _____ Telefone _____

Dados sobre a Visão e/ou Audição:

- Usa óculos/lentes de contato: SIM/NÃO Usa aparelho(s) de audição: SIM/NÃO

Problemas de Saúde: Favor assinalar os quadrados apropriados que forem aplicáveis à sua criança:

- Alergias Graves Alimento/Ambiente Insetos que Picam/Abelhas Medicamentos/Drogas
 Outro

Favor explicar: _____

Requer: → Benadryl EpiPen Outro _____

Asma Se assinalado, usa inalador usa medicação diária

Convulsões Se assinalado, usa medicação? Sim Não

Diabete Se assinalado, dependente em insulina? Sim Não

Restrição de Movimento: _____

Outro (favor explicar): _____

Doença recente, hospitalização ou cirurgia. Se assinalado, favor indicar data(s) e descrição(ões):

AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA

Eu, abaixo-assinado, pai/mãe de _____, concedo por meio desta, autorização e consentimento à escola para obter cuidados médicos de emergência e o transporte de emergência necessário para uma instituição de assistência médica.

Assinatura do Pai/Mãe _____

Data _____

LIBERAÇÃO DE DADOS MÉDICOS

Eu, por meio desta, compreendo e autorizo que os registros médicos ou outros dados médicos de minha criança, que foram fornecidos à escola, sejam compartilhados com as autoridades da escola e o pessoal de emergência que tenha interesse médico/educacional legítimo para ter acesso a estes registros e dados médicos.

Assinatura do Pai/Mãe _____

Data _____

LIBERAÇÃO DE EMERGÊNCIA

No evento de tempestade intensa ou outra liberação de emergência inesperada, a sua criança foi instruída a:

- Caminhar para casa
 Usar transporte público
 Usar o ônibus escolar como sempre
 Ir de carro para casa somente com o pai/mãe
 Ir de carro para casa com algum amigo indicado na lista de pessoas de contato autorizadas

Assinatura do Pai/Mãe _____

Data _____

Recomendamos que você faça uma cópia desta ficha para o seu arquivo.