

**FRAMINGHAM PUBLIC SCHOOLS**  
**Informações de emergência do estudante**

Informações de contato de emergência do estudante devem ser exatas e atuais. Entre em contato com a enfermeira da escola se houver qualquer alteração.

**Nome do Estudante:** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_ **Série:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Pai/Responsável#1:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**Cel#** \_\_\_\_\_ **T#** \_\_\_\_\_ **R#** \_\_\_\_\_

**Pai/Responsável#2:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**Cel#** \_\_\_\_\_ **T#** \_\_\_\_\_ **R#** \_\_\_\_\_

**Contatos de Emergência:**

**Nome** \_\_\_\_\_ **Relação** \_\_\_\_\_ **Cel#** \_\_\_\_\_

**Nome** \_\_\_\_\_ **Relação** \_\_\_\_\_ **Cel#** \_\_\_\_\_

**Clínico Geral:**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Telefone:** \_\_\_\_\_

**Dentista:**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Telefone:** \_\_\_\_\_

**Outro Médico:**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Telefone:** \_\_\_\_\_

**Plano de Saúde:** **MassHealth** \_\_\_\_\_ **Plano Privado** \_\_\_\_\_ **Outro** \_\_\_\_\_

**Se você não tem um médico ou seguro de saúde:**

Gostaria de ajuda para encontrar um médico? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Gostaria de assistência para obter um plano de saúde? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

A enfermeira da escola tem permissão para compartilhar informações de saúde com os funcionários da escola, quando ele/ela determinar apropriado para segurança e saúde do meu filho. \_\_\_ Sim \_\_\_ Não

No caso de uma situação de emergência, onde os pais não podem ser contatados, eu autorizo a escola à obter tratamento médico/emergência para meu filho.

**Comentários/informações adicionais:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Pai/Responsável**

\_\_\_\_\_  
**Data**