



Informação do estudante

**Formulário de informações de saúde para
alunos e emergências – Ano letivo 2022-2023**

Número do aluno: _____

| Sobrenome (legal) | Sufixo do nome | Nome (legal) | Nome do meio (legal) |
|--|--|--|----------------------|
| | | | |
| Nome de escolha | | Documentação jurídica (ex.: custódia, ordem de restrição etc.) Se não houver alerta legal: Digite "N/A" Forneça documentação de apoio | |
| | | | |
| Pai/Mãe/Responsável – E-mail principal | Gênero | Data de nascimento | Telefone principal |
| | <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. | | |
| Residência | N.º Apt. | Cidade | Código postal |
| | | | |
| Endereço de correspondência | N.º Apt. | Cidade | Código postal |
| | | | |
| Precisa de comunicação em outro idioma que não seja o inglês? | | | |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Creole haitiano <input type="checkbox"/> Vietnamita | | | |
| Medicamentos atualmente em uso (prescritos e com venda sem receita) | | | |
| | | | |
| Prontuário médico / Restrições físicas | | | |
| | | | |
| Alergias a medicamentos, alimentos ou outras substâncias. | | | |
| Medicações | Comida | Outras substâncias | |
| | | | |

INFORMAÇÕES DO ALUNO

Número do aluno:

INFORMAÇÃO DOS PAIS/RESPONSÁVEIS (Liste os pais/responsáveis em ordem de prioridade de contato.)

| Sobrenome | Nome de batismo | Relacionamento | Pode buscar? |
|----------------------|-----------------|----------------|---|
| | | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Residência | N.º Apt. | Cidade | Código postal |
| | | | |
| Telefone residencial | Tel. celular | Empregador | Telefone comercial |
| | | | |

| Sobrenome | Nome de batismo | Relacionamento | Pode buscar? |
|----------------------|-----------------|----------------|---|
| | | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Residência | N.º Apt. | Cidade | Código postal |
| | | | |
| Telefone residencial | Tel. celular | Empregador | Telefone comercial |
| | | | |

CONTATOS ADICIONAIS NA PRÓXIMA PÁGINA

**** O comprovante de endereço deve ser apresentado ao Escritório de Registro da escola para que o endereço seja oficialmente alterado no**

Nome do aluno: _____

Número do aluno: _____

CONTATOS ADICIONAIS

| Sobrenome | Nome de | Relacionamento | Telefone de | Custódia | Pode |
|-----------|---------|----------------|-------------|---|--|
| | | | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

SERVIÇOS DE SAÚDE ESCOLAR

De acordo com o Estatuto da Flórida 1001.42, HB 1557: Os pais/responsáveis DEVEM optar pela assistência de serviços de saúde: A participação do mesmo DEVE ser preenchida on-line para triagens, serviços clínicos e outros serviços de assistência médica. Abaixo, instruções para o preenchimento do documento digital:

1. **Faça o login no Portal dos Pais da OCPS: <https://parents.classlink.com/ocps>**
2. **Preencha os Formulários de Consentimento dos Pais**
3. **Qualquer dúvida, entre em contato com a escola de seu filho(a) ou visite ocps.net/Skyward**

No caso de uma EMERGÊNCIA, entendo que a escola irá acessar o sistema médico de emergência **911** imediatamente. Para agilizar o atendimento, dou minha permissão para que os funcionários da escola forneçam informações médicas à equipe de emergência para iniciar o tratamento e transporte para uma instalação apropriada. Dou minha permissão para que o pessoal médico e a equipe apropriada iniciem o tratamento imediatamente após a chegada à instalação apropriada. Solicito ser notificado da condição e da admissão do meu filho(a) o mais rápido possível. Se a escola não conseguir entrar em contato comigo, solicito que a instituição de admissão notifique uma das outras pessoas listadas acima sobre a condição e a admissão do meu filho(a). Concordo em ser financeiramente responsável pelo tratamento total e o transporte do meu filho(a).

Ao assinar este formulário, aceito e reconheço os termos aqui contidos.

Pai/Mãe/Responsável:

Data:

*O Conselho Escolar de Orange County, Flórida, está autorizado a coletar números de Seguro Social (SSN) de alunos, conforme as Seções 1008.386 e 119.071(5)(a)6 dos Estatutos da Flórida. O fornecimento do SSN de um aluno no formulário de matrícula é opcional e não é requisito obrigatório para a matrícula no Distrito. Qualquer SSN fornecido em conexão com a matrícula será usado apenas para fins de pesquisa, relatório e registro. A coleta do SSN não será usada pelos serviços de imigração. Fornecer o SSN do aluno ao Conselho Escolar de Orange County, Flórida, para esses fins, significa que você consente com o uso do SSN do aluno da maneira descrita.

O Estatuto da Flórida, §837.06, estabelece que quem fizer conscientemente uma declaração escrita falsa para intencionalmente enganar um funcionário público no desempenho de seu dever oficial será culpado de uma contravenção de segundo grau.

(Este formulário é válido até o primeiro dia do próximo ano letivo ou um ano a partir da data de assinatura, o que ocorrer mais tarde)