

**INFORMAÇÃO DE EMERGÊNCIA DO ALUNO
2020-2021**

Ao preencher este formulário, eu/nós, como pais/responsáveis, reconheço que a matrícula do aluno no Centro de Aprendizagem para Surdos é voluntária e está sendo feita durante uma pandemia. Enquanto o TLC está tomando todas as precauções e desenvolvendo um Plano de Ação de Reabertura completo que trata da saúde e segurança de nossos alunos, famílias, funcionários e visitantes, eu / nós entendemos o risco envolvido em enviar meus filhos para educação presencial.

Por favor, assinale um: Walden School ou Marie Philip School

Por favor, preencha as informações abaixo completamente e retorne à escola ANTES DE 24 DE AGOSTO.

Nome do aluno _____ Data de nascimento _____
Sobrenome, Nome, Nome do meio

Série do seus filhos (Por favor, indique Pré-K, K-12, 12+): _____

Sexo do seu filho: Masculino Feminino Não-binário

Seu filho tem plano de saúde? Sim Não

Plano de saúde _____ Número da apólice _____

Seguro dental _____ Número da apólice _____

Nome e sobrenome do pais / responsável 1: _____

Relação com a criança: _____ Idioma principal do pai-mãe/responsável: _____

Endereço do pais/ responsável: _____

Topo do formulário

Número da residência: _____ (por favor circule um) VP TXT Voz

Parte inferior do formulário

Número do celular: _____ (por favor circule um) VP TXT Voz

Telefone do trabalho: _____ (por favor circule um) VP TXT Voz

Endereço de e-mail: _____

Qual método de contato você prefere: (Circule um ou mais) Residência Celular Trabalho E-mail: _____

Em qual idioma você prefere ser contatado: _____ Qual idioma prefere para o IEP (Plano de Educação Individual) do seu filho:

Nome e sobrenome do pais / responsável 2: _____

Relação com a criança: _____ Idioma principal do pais/responsável: _____

Endereço dos pais/responsáveis: _____

Topo do formulário

Número da residência: _____ (por favor circule um) VP TXT Voz

Parte inferior do formulário

Número do celular: _____ (por favor circule um) VP TXT Voz

Número do Trabalho: _____ (por favor circule um) VP TXT Voz

Endereço de E-mail: _____

Qual método de contato você prefere: (Circule um ou mais) residência Celular Trabalho E-mail: _____

Em qual idioma você prefere ser contatado: _____

Assinatura dos Pais/Responsáveis: _____ **Número do telefone:** _____

PAI/MÃE VIVENDO EM OUTRO ENDEREÇO:

Nome e sobrenome dos pai-mãe/responsável: _____

Relação com a criança: _____ Idioma principal dos pais/responsável: _____

Endereço do pais/responsável: _____

Topo do formulário

Número de telefone: _____ (por favor circule um) VP TXT Voz

Parte inferior do formulário

Número do celular: _____ (por favor circule um) VP TXT Voz

Número do Trabalho: _____ (por favor circule um) VP TXT Voz

Endereço de E-mail: _____

Qual método de contato você prefere: (Circule **um ou mais**) residência Celular Trabalho E-mail: _____

Em qual idioma você prefere ser contatado?: _____

Qual idioma prefere para o IEP (Plano de Educação Individual) do seu filho: _____

Língua materna dos pais:

Se o inglês NÃO for sua língua materna, selecione o idioma principal usado.

- Língua de Sinais Americana
- Cabo verdiana
- Francês
- Grego
- Italiano
- Português
- Espanhol
- Árabe
- Crioulo haitiano
- Mandarim
- Outro _____

PERMISSÃO DE PAIS/ RESPONSÁVEL PARA PARTICIPAR DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ATLETISMO

Programa de Educação Física

Sim Não Meu filho pode participar totalmente do Programa de Educação Física da Escola Marie Philip.

Se **NÃO**, especifique restrições: _____

É necessária documentação médica das restrições do participante

Programa Esportivo da Escola Marie Philip

Sim Não Meu filho pode participar totalmente do Programa Esportivo da Escola Marie Philip.

Se **NÃO**, especifique restrições: _____

É necessária documentação médica das restrições do participante

Para ser aceito em uma equipe e participar de eventos esportivos e de treinamento, o aluno é obrigado a fazer um exame físico atual, com menos de um ano, que declara que pode participar totalmente do esporte e especificar quaisquer limitações.

Assinatura dos Pais / Responsável: _____ **Data:** _____

**INFORMAÇÃO SOBRE A SAÚDE DO ALUNO
2020-2021**

Por favor assinale um: **Walden School** ou **Marie Philip School**

Nome do aluno: _____

Altura do aluno _____ Peso _____ Cor do cabelo _____ cor dos olhos _____

Sinais _____

Capacidade de autocuidado: Alimentação independente necessita assistência
Ir ao banheiro independente necessita assistência

HISTÓRICO DE SAÚDE

Seu filho toma algum medicamento com receita médica em casa ou sem receita? **SIM** **NÃO**

Medicação: _____

Motivo da medicação: _____

Quais medicamentos serão dados na escola: _____

Asma: **SIM / NÃO** o que desencadeia a Asma: _____

Tratamento: Nebulizador / inalador _____

Problemas odontológicos _____

Data do último exame odontológico: _____

Dores de cabeça frequentes: _____ Tratamento: _____

Limitações ou restrições físicas (**DOCUMENTADO PELO MÉDICO**) _____

Verifique todos os problemas de saúde que se aplicam ao seu filho:

Condição cardíaca Diabete Transtorno convulsivo

outros problemas médicos (especifique) _____

Liste os problemas de saúde mental que se aplicam ao seu filho:

Por favor, verifique alergias que se aplicam ao seu filho:

alimentação insetos medicação ambiente outro NKA (alergias não conhecidas)

Especifique as alergias do seu filho: _____

Epipen sim não Data do último exame físico: _____

Doença cirúrgica / grave recente ou alteração no diagnóstico _____

PERMISSÃO DE TYLENOL / ADVIL

Por favor, verifique TODAS as informações a seguir que você dá permissão para que seu filho receba durante o horário escolar:

Advil Tylenol Pomada de bacitracina Protetor Solar Pastilhas para a tosse

Autorizo a enfermeira da escola a compartilhar informações relevantes para a condição de saúde do meu filho com a equipe médica e / ou de emergência médica apropriada, quando necessário, para atender às necessidades de segurança e saúde do meu filho. Autorizo a troca de informações com o médico de cuidados primários do meu filho para fins de referência, diagnóstico e tratamento. Dou permissão para tratamento médico de emergência.

Assinatura do Pai / Responsável _____ **Data** _____

Nome do médico: _____ Telefone: _____

Nome do dentista: _____ Telefone: _____

INFORMAÇÃO VOLUNTÁRIA DEMOGRÁFICA DO ESTUDANTE

2020-2021

Por favor assinale um: **Walden School** ou **Marie Philip School**

As escolas são obrigadas anualmente a relatar dados de raça e etnia dos estudantes ao Estado. As escolas são solicitadas pelo Departamento de Educação Primária e Secundária de Massachusetts a solicitar que os pais / responsáveis ou alunos se identifiquem com base em raça e etnia. No entanto, essa identificação não pode ser exigida aos pais, tutores ou alunos. O preenchimento deste formulário é voluntário.

Nome do aluno: _____

Por favor escolha um. Se uma definição não se encaixar, marque a última caixa.

- Índio americano (não hispânico)** - Uma pessoa com origem em qualquer um dos povos nativos da América do Norte (inclui nativo do Alasca).
- Negro (não hispânico)** - Uma pessoa com origem em qualquer um dos grupos raciais negros da África.
- Asiático (não hispânico)** - Uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originais do Extremo Oriente, Sudeste Asiático ou subcontinente indiano, incluindo, por exemplo, Camboja, China, Índia, Japão, Coreia, Malásia, Paquistão, Ilhas Filipinas, Tailândia e Vietnã.
- Branco (não hispânico)** - Uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originais da Europa, norte da África ou Oriente Médio.
- Nativo do Havaí ou de outras ilhas do Pacífico (não hispânico)** – Uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originais do Havaí, Guam, Samoa ou outras ilhas do Pacífico.
- Duas ou mais raças (não hispânicas)** – Uma pessoa que tem duas ou mais raças listadas acima E NÃO é uma pessoa de origem hispânica.
- Uma raça e hispânico** - Pessoa de cultura ou origem mexicana, porto-riquenha, cubana, central ou sul-americana ou outra cultura ou origem espanhola e uma raça listada acima.
- Duas ou mais raças e hispânicos** – Uma pessoa de cultura ou origem mexicana, porto-riquenha, cubana, central ou sul-americana ou outra cultura ou origem espanhola e também duas ou mais raças listadas acima.
- Não se identifica em uma das categorias acima. Comentários:** _____

