

Walden School at
The Learning Center for the Deaf
Anti- Bullying e Prevenção

Date: _____

dos pais / encarregados de educação :

Informamos que Anti- Bullying da escola Walden e Plano de Intervenção está disponível para revisão no nosso website em : www.tlcdeaf.org Se você quiser uma cópia deste plano , por favor deixe-nos saber , verificando fora o formulário abaixo e retornando -lo para nós .

Atenciosamente,

Karen Bishop
Diretor de O Walden Escola

Se você quiser uma cópia do Plano Anti- Bullying e Intervenção , por favor envie o formulário abaixo para O Walden escola no Centro de Aprendizagem para Surdos , 848 Central Street, Framingham , MA . 01701

A quem possa interessar:

Por favor, envie uma cópia do Anti- Bullying da escola Walden e Plano de Intervenção para o meu endereço de casa.

I será contato com O Walden escola para solicitar uma cópia do Plano de Intervenção Anti- Bullying e .

Assinatura do Pai/Responsavel: _____ Data: _____

**Walden School at
The Learning Center for the Deaf
Relatorio de Exames Odontologicos do**

Date: _____

Isto é para certificar que, em _____ Examinei os dentes de:
data

Nome do aluno

Data de nascimento

- Nenhum tratamento dental é necessário
- O tratamento tem sido recomendado
- O tratamento está em andamento
- tratamento copleted

Recomendações / Comentários: _____

Próxima visita agendada: _____

Um relatório anual de um exame dentário é exigido pelo departamento de educação

assinatura do dentista

Data

**PAI/RESPONSAVEL POR FAVOR DEVOLVA ESTE FORMULARIO PARA A
ENFERMARIA**

Walden School at
The Learning Center for the Deaf
Autorizações e permissões em fotos e filmagem

Data: _____

Autorizo a Walden Escola usar uma imagem ou vídeo do meu filho para efeitos de brochuras , newsletters, página web TLC/WS e outras mídias relacionadas com a promoção da escola e suas atividades. Sempre que possível eu vou estar informado sobre as intenções da escola para usar esta representação.

SIM

NÃO

Nome da Criança: _____

Assinatura do Pai / Responsável: _____

Walden School
at The Learning Center for the Deaf
INFORMAÇÕES DE SAÚDE E DE EMERGÊNCIA DO ESTUDANTE

Date: _____

Preencha as informações a seguir e devolva este formulário à escola imediatamente.

Nome do estudante _____ Data de nascimento _____
Sobrenome, nome, nome do meio

Endereço _____

Telefone residencial _____ Idioma principal em casa _____ Série _____ Sexo _____

O estudante possui seguro de saúde? Sim Não

Seguro de saúde _____ Número da apólice _____

Convênio odontológico _____ Número da apólice _____

Pai/mãe/responsável _____ Pai/mãe/responsável _____

Endereço residencial _____ Endereço residencial _____

Telefone residencial _____ Telefone residencial _____

Telefone comercial _____ Telefone comercial _____

Número de pager/celular _____ Número de pager/celular _____

Endereço de e-mail/pager _____ Endereço de e-mail/pager _____

Número de contato preferencial _____ Número de contato preferencial _____

Idioma materno _____ Idioma materno _____

Informe dois contatos de emergência caso o pai/mãe/responsável não esteja disponível:

(Exigido pelo Departamento de Educação Fundamental e Secundária)

Nome _____ Nome _____

Grau de relacionamento com o estudante _____ Grau de relacionamento com o estudante _____

Telefone (dia) _____ Telefone (dia) _____

Número de pager/celular _____ Número de pager/celular _____

Endereço de e-mail _____ Endereço de e-mail _____

Em caso de emergência, a escola irá tentar contatar o pai/mãe/responsável antes de entrar em contato com o clínico geral (médico) do estudante. O estudante irá ser transportado por ambulância até um pronto-socorro, se necessário.

Nome do médico _____ Telefone _____

Nome do dentista _____ Telefone _____

Eu permito que a enfermeira da escola forneça informações relevantes para a saúde do estudante pelo qual eu sou responsável aos médicos da escola e/ou do pronto-socorro quando necessário para satisfazer às necessidades de saúde e de segurança do estudante. Eu permito a troca de informações com o clínico geral do estudante para orientação, diagnóstico e tratamento.

Eu permito que o estudante pelo qual eu sou responsável receba tratamento médico de emergência.

✓ Assinatura pai/mãe/responsável _____ Data _____

FAVOR PREENCHER OS DOIS LADOS

Walden School
at The Learning Center for the Deaf
INFORMAÇÕES DE SAÚDE E DE EMERGÊNCIA DO ESTUDANTE

Date: _____

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

Raça _____ Marcas de identificação _____

Capacidade de autocuidado	Alimentação	<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Precisa de ajuda
	Uso do banheiro	<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Precisa de ajuda

HISTÓRICO DE SAÚDE

Informe todos os medicamentos que o estudante toma: _____

Quais medicamentos serão ministrados na escola: _____

Assinale todos os problemas de saúde que se aplicam ao estudante:

Doença cardíaca Diabetes Asma Epilepsia Enxaqueca

Implante coclear Esquerdo-data da implantação _____ Direito-data da implantação _____

Outras condições médicas (especificar) _____

Informe os problemas de saúde mental que se aplicam ao estudante:

Assinale as alergias que se aplicam ao estudante:

alimentos insetos medicamentos ambiente outras

Especifique as alergias do estudante: _____

Epi-pen (epinefrina) sim não Data do último exame odontológico _____

Doenças cirúrgicas/gravas recentes ou alterações no diagnóstico _____

AUTORIZAÇÃO PARA ADMINISTRAR TYLENOL/ADVIL

Selecione TODOS os itens a seguir que você permite que o estudante receba durante o horário de aula:

Advil Tylenol Pomada de bacitracina Protetor solar

Assinatura pai/mãe/responsável _____ Data _____

EU IREI NOTIFICAR A ENFERMEIRA DA ESCOLA CASO HAJA QUALQUER ALTERAÇÃO NESTE FORMULÁRIO DE EMERGÊNCIA.

FAVOR PREENCHER OS DOIS LADOS

Walden School at
The Learning Center for the Deaf
Formulário de Autorização e Permissão

Date: _____

Eu, pai/mãe/responsável por: _____
Sobrenome Nome Nome do meio

Sim Não Eu autorizo que o Walden School leve o estudante pelo qual eu sou responsável para excursões utilizando os veículos da escola ou outros meios de transporte autorizados pela escola.

Sim Não Eu autorizo que o Walden School use uma foto ou um vídeo do estudante pelo qual eu sou responsável em brochuras, folhetos informativos, site do TLC/WS e outros meios de comunicação relacionados à divulgação da escola e de suas atividades. Quando possível, serei notificado das intenções da escola em utilizar esta representação.

Comentários: _____

Permissão do pai/mãe/responsável para participar do Programa de Educação Física e de Desporto

Programa de Educação Física

Sim Não O estudante pelo qual eu sou responsável pode participar plenamente do Programa de Educação Física do WS.
Se não, por favor especificar restrições:

documentação médica de restrições participantes exigido

Programa de Desporto do WS

Sim Não O estudante pelo qual eu sou responsável pode participar plenamente do Programa de Desporto do WS.
Se não, por favor especificar restrições:

documentação médica de restrições participantes exigido

Para que um estudante seja aceito em uma equipe e participe da prática de esportes e de eventos esportivos, ele deve ter um exame físico atual, realizado há menos de um ano, que declare que ele pode praticar os esportes plenamente e especifique qualquer limitação.

Assinatura pai/mãe/responsável: _____ Data: _____

Walden School at
The Learning Center for the Deaf
Prescrições Médicas

Date: _____

Nome do estudante: _____ Data de nascimento: _____
Sobrenome, nome, nome do meio

Alergias: _____

Nome do médico: _____ Data: _____

Telefone: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Data da prescrição	Data da renovação	Data da descontinuação	Prescrições

Assinatura do médico: _____ Data: _____

Walden School at
The Learning Center for the Deaf
Permissão para Administração de Medicamentos

Data: _____

Nome do estudante: _____
 Sobrenome Nome Nome do meio

A enfermeira ou um encarregado administram todos os medicamentos. Uma permissão por escrito do pai/mãe/responsável e uma prescrição médica são necessárias para todos os medicamentos e para autorizar a autoadministração de medicamentos.

Informe todos os medicamentos que são tomados pelo estudante na escola e em casa atualmente. Inclua os medicamentos com e sem receita médica.

Medicamento:	Motivo(s) para tomar o medicamento:

Eu permito que a enfermeira da escola ou os funcionários designados pela enfermeira da escola administrem os medicamentos listados acima.

Eu permito que a enfermeira da escola forneça informações relevantes sobre os medicamentos com receita médica aos funcionários adequados da escola quando necessário para a saúde e a segurança do estudante pelo qual eu sou responsável.

Assinatura pai/mãe/responsável: _____ Data: _____

Assinatura do estudante (se for maior de 18 anos): _____ Data: _____

No caso de uma emergência relacionada aos medicamentos, o pai/mãe/responsável e o médico licenciado que fez a prescrição serão notificados.

Observação: O pai/mãe/responsável pode retirar os medicamentos da escola a qualquer momento. Os medicamentos que não forem recolhidos uma semana após a finalização da receita ou uma semana depois do fechamento da escola irão ser destruídos, a menos que planos alternativos tenham sido feitos.

Walden School at
The Learning Center for the Deaf
Autoadministração de Medicamentos

Data: _____

A política do WS não permite que os estudantes carreguem consigo ou autoadministrem os medicamentos.

Pode haver exceções para estudantes com asma que carregam um inalador, para estudantes que carregam um epi-pen ou para os que têm necessidades especiais.

A documentação a seguir é exigida duas semanas antes do primeiro dia de aula para autoadministração:

- ✓ Prescrição médica para o medicamento.
- ✓ Permissão por escrito do pai/mãe/responsável para que o estudante autoadministre o medicamento específico.
- ✓ O estudante deve demonstrar a capacidade de realizar o procedimento de autoadministração.
- ✓ O estudante deve ser capaz de manter uma quantidade suficiente de medicamento consigo na escola, em excursões e/ou em eventos esportivos.

Contate o departamento de enfermaria caso tenha qualquer dúvida.

Selecione as opções a seguir se o estudante utiliza um inalador de asma, um epi-pen ou tem alguma necessidade especial atualmente:

Eu permito que o estudante pelo qual eu sou responsável autoadministre:

- Inalador de asma
- Epi-pen
- Outro – necessidade especial: _____

Estudante: _____
Sobrenome Nome Nome do meio

Assinatura pai/mãe/responsável: _____ Data: _____

LIBERAÇÃO PSIQUIÁTRICA
-ESTUDANTES RESIDENTES-

**THE Walden SCHOOL AT
THE LEARNING CENTER FOR THE DEAF**

Prezado pai/mãe/responsável,

Leia e preencha os documentos médicos anexos e os entregue ao Departamento de Enfermagem do WS o mais breve possível. Com isso, nós teremos tempo para processar os formulários e nos preparar para cuidar do estudante no início do ano letivo. A saúde e a segurança dos estudantes são muito importantes para nós.

Caso você tenha alguma dúvida sobre esses formulários, ligue:

- para o Departamento de Enfermagem de Framingham, 508-879-5110, ramal 218

Mary Rapa, Enfermeira Diplomada
Diretora de Serviços de Saúde

Walden School at
The Learning Center for the Deaf
Carta de Informações Médicas

Date: _____

Prezado Pai/Mãe/Responsável Legal,

Todos os alunos:

De acordo com regulamentações da Secretaria de Educação, Secretaria de Saúde Pública e Secretaria de Educação Infantil e Cuidados, todos os alunos devem ter um exame físico anual, um relatório de imunização atualizado e um relatório de exames dentários no arquivo da escola.

Requisitos de Medicação:

Se seu filho toma medicação durante o dia na escola e/ou durante o horário na escola, a seguinte documentação é **obrigatória** para permitir administração de medicação.

- ⇒ Um pedido novo escrito pelo médico para o ano acadêmico de 2016-2017.
- ⇒ Permissão dos pais ou responsável por escrito para administrar medicação.
- ⇒ Uma embalagem de farmácia rotulado para medicação(ões).
- ⇒ Estoque de medicação para não mais do que mês para ser armazenado na enfermaria.

Medicações devem ser entregues **diretamente à enfermaria** por um pai ou adulto, não pelo aluno. Medicações serão administradas por uma enfermeira ou sua representante em caso de passeios externos.

Se seu filho necessita de medicação ou tratamento especial, entrega de uma medicação ou uma restrição, ligue para a enfermaria no número 508 879-5110 ramal 520 para alunos do 2º Ciclo do Ensino Fundamental, Ensino Médio e ligue ramal 221 ou 225 para alunos de Ensino Infantil e 1º Ciclo do Ensino Fundamental para desenvolver um plano de saúde de acordo com as necessidades do seu filho.

Obrigada,

Mary Rapa, R.N.
Diretora de Serviços de Saúde