

Arlington Public Schools: Student Registration

869 Massachusetts Avenue, Arlington, MA 02476 | arlington.k12.ma.us

(official use only) SASID #

Ultimo Nome Primeiro Nome Nome do meio Distrito de residência Data
do pré-reg.

This form can be downloaded from www.arlington.k12.ma.us (revised 2/13/2013)

4 of 8

Contato de Saude e Emergencia						
Informações pessoais do aluno						
Endereço físico				Cidade		
Endereço de correspondencia						
Telefone da residencia	Telefone celular	Gênero		Atual grau escolar		
Data de nascimento			Local de nascimento			
Informação de saúde						
Tem seguro de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Nome da empresa			
Se você não tem seguro de saúde, Massachusetts tem planos de seguro de saúde que proporcionarão seguro médico as crianças com cuidados de saúde acessíveis (podem ser aplicadas restrições). Entre em contato com a enfermeira da escola para obter mais informações sobre esses programas. Toda a comunicação é confidencial.						
Nome do médico				Telefone		
Nome do dentista				Telefone		
Hospital de escolha						
Liste todas as condições que se aplicam	<input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Autismo/Asperger <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Atraso de desenvolvimento mental		<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2 <input type="checkbox"/> Problema Cardiacos	<input type="checkbox"/> Enxaquecas <input type="checkbox"/> Ataque Epiletico
Listar todos as alergias				Tem uma EpiPen?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Problemas de audição?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		Problemas de visão?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Descrever				Descrever		
(1) pai/mãe ou guardião						
Nome						
Endereço residencial						
Telefone 1			Telefone 2	Email		
(2) pai/mãe ou guardião						
Nome						
Endereço residencial						
Telefone 1			Telefone 2	Email		

Eu dou permissão a enfermeira da escola para: administrar Acetaminophen/Ibuprofen para o meu filho/a.	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/> Não
Eu concedo a permissão para que a enfermeira escolar possa compartilhar informações relevantes ao estado de saúde do meu filho/filha com quem tiver qualificações quando for necessário usa-las em relação a escolha do apropriado diagnostico e tratamento garantindo efetivamente à saude e segurança do meu filho/a.	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/> Não
Assinatura em letra de bloco	Assinatura	Data	