

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"/> Autismo/Asperger	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1	<input type="checkbox"/> Enxaquecas	
	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2	<input type="checkbox"/> Ataque Epiletico	
	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Atraso de desenvolvimento mental	<input type="checkbox"/> Problema Cardiacos		
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	