FORMULÁRIO DE EMERGÊNCIA E INFORMAÇÃO DO ESTUDANTE

Somente para uso de escritório: Grau/Sala: _____ Escola Domiciliar: _____	Alerta Médico: _____ Custódia: _____ Informações atualizadas no sistema em: _____

INFORMAÇÕES DO ALUNO:

Nome Legal: _____ Nascimento: _____ Sexo: M/F

Último   Primeiro   Meio

Endereço: _____
número, nome de rua, cidade, CEP

Tipo de Residência/Habitação:

- Residência Permanente Compartilhar moradias devido a dificuldades, perdas ou outras razões
- Permanente   Temporário
- Abrigado /transitório/Motel/Hotel/Sem Abrigo (por favor preencha o Formulário de Declaração) Outro

Existem quaisquer **questões de custódia legal** que precisam ser anotadas? Sim Não

Se sim, por favor, forneça documentação legal ao diretor da escola

Estudante vive com: Ambos os pais   Mãe Pai Guardião Legal   Outros _____

Esta criança é uma Juventude Adotiva? Sim Não ID da Juventude Adotiva _____

Serviços Especiais Não Sim Se sim, qual programa? RSP Discurso SDC ELL Outra: _____

Nome e endereço (Cidade e Estado) da Última Escola Atendida: _____

Data de entrada dos EUA (se aplicável) _____ Data matriculada pela primeira vez na Escola dos EUA _____

Pai/Guardião		Pai/Guardião	
Nome		Nome	
Relacionamento com o Estudante		Relacionamento com o Estudante	
Endereço residencial		Endereço residencial	
Telefone residencial		Telefone residencial	
Celular		Celular	
Endereço eletrônico		Endereço eletrônico	
Nome do empregador		Nome do empregador	
Endereço de trabalho		Endereço de trabalho	
Telefone de trabalho		Telefone de trabalho	
Ocupação		Ocupação	
Maior Nível de Escolaridade ☐ Não é um graduado do ensino médio ☐ Pós-Graduação do Ensino Médio ☐ Alguma Faculdade (inclui diploma AA) ☐ Pós-Graduação em Faculdade ☐ Pós-Graduação/Pós-Graduação		Maior Nível de Escolaridade ☐ Não é um graduado do ensino médio ☐ Pós-Graduação do Ensino Médio ☐ Alguma Faculdade (inclui diploma AA) ☐ Pós-Graduação em Faculdade ☐ Pós-Graduação/Pós-Graduação	

CONTATOS DE EMERGÊNCIA: Se os pais/responsáveis não puderem ser alcançados, os contatos de emergência são: (diferentes números de telefone de cima, e estão autorizados a pegar o aluno na escola)

Nome	Endereço	Número de telefone	Relacionamento com o Estudante

IRMÃOS QUE VIVEM EM CASA:			
Name	Nascimento	Frequência escolar	Grade

ETNIA:	
Você se considera de origem hispânica/latina? (Escolha apenas um)	☐ Não, não hispânico/latino. ☐ Sim, hispânico/latino. Uma pessoa de cubano, mexicano, porto-riquenho, sul ou centro-americano, ou outra cultura ou origem espanhola, independentemente da raça.
Which of the following groups describe your race/nationality? (Choose one or more)	
☐ Índio americano ou nativo do Alasca. Uma pessoa que tem origem em qualquer um dos povos originais da América do Norte e do Sul (incluindo a América Central), e que mantém afiliação tribal ou apego à comunidade. ☐ Chinês ☐ Japonês ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Índio Oriental ☐ Laociano ☐ Cambojano ☐ Hmong ☐ Outro asiático. Uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originais do Extremo Oriente, e sudeste da Ásia	☐ Filipinas ☐ Havaiano ☐ Guamaniano ☐ Samoano ☐ Outra Ilha do Pacífico. Uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originais do Havaí, Guam, Samoa ou outras Ilhas do Pacífico e não está listada acima. ☐ Negros ou afro-americanos. Uma pessoa com origem em qualquer um dos grupos raciais negros da África. ☐ Branco, branco. Uma pessoa com origem em qualquer um dos povos originais da Europa, Oriente Médio ou Norte da África, incluindo algumas pessoas com origem na América Latina.

INFORMAÇÕES MÉDICAS:	
Seguro: ☐ Medi-Cal ☐ Famílias Saudáveis ☐ Outro _____	ID de seguro #:
Nome do Hospital: ☐ _____	Nome do Médico: _____ Telefone: _____
Nome do dentista: _____	Telefone: _____
Se for considerado necessário pelas autoridades escolares e depois de todos os esforços para alcançar os pais ou adultos designados falharem, seu filho será levado de ambulância para o hospital mais próximo às custas dos pais.	
CONDIÇÕES MÉDICAS:	
☐ Sem Condições Médicas	
Seu filho está torto? Se assim for, nome da medicação:	
☐ Alergias	☐ Alergias Alimentares ☐ Se assim for, alérgico ao que: _____ Epi-Pão? _____ Sim _____ No _____
☐ Asma ☐ Problemas cardíacos ☐ Distúrbios convulsivos ☐ Diabess ☐ Óculos/Contatos	
☐ Problemas auditivos ☐ Nariz Sangrento Freqüente ☐ Educação Física Limitada (nota do médico necessária)	
****NOTA****	
Se for necessário que seu filho tome medicação na escola, você <u>deve</u> fornecer à escola instruções por escrito dos médicos e sua permissão por escrito. A medicação na escola <u>deve</u> ser mantida no recipiente original da farmácia e <u>deve</u> ser mantida no escritório da escola. <u>Nenhum medicamento</u> de qualquer tipo (medicamentos prescritos ou não prescritos, incluindo aspirina ou substitutos de aspirina) deve ser dado na escola, a menos que essas condições sejam atendidas. As crianças <u>podem não</u> ter medicamentos nos bolsos ou mochilas.	
O Formulário de Administração de Medicamentos está disponível no escritório da escola para você e seu médico assinarem.	
IDIOMA:	
Seu filho fala inglês fluente? _____ Sim _____ não _____	Língua falada em casa: _____
Seu filho é fluente em outra língua? _____ Sim _____ não _____	Se sim, que língua: _____

Assinatura pai/guardião

Data

Assinatura pai/guardião

Data