

Distrito Escolar da Filadélfia /School District of Philadelphia

Formulário para contato de emergência /Emergency Contact Form

Sexo /Sex		Séri)/Grad)		/Sal/Sec/Livr /Rm/Sec/Bk	
<i>ID do aluno /Student ID</i>	<i>Nome do aluno (Sobrenome, nome) /Student's Name (Last Name, First Name)</i>			DN / DOB	
				<small>M/ Mo.</small>	<small> Dia/Day</small>
				<small>Ano/Yr.</small>	<i>No. da escola /School No.</i>
<i>Endereço /Address</i>			<i>Nº Aptº)/Apt. No)</i>		<i>Telefone resid. /Home phone</i>
<i>No. SeguroSocial (SSN) do aluno (opcional) /Enter child's SSN (optional)</i>				<i>A criança tem seguro de saúde?/Does this child have health insurance?</i> S /Y_____ N /N_____	
<i>Nome do médico/clínica da criança /Name of child's doctor/clinic</i>		<i>Nº telefone/Telephone No.</i>		<i>Se Sim, marque o plano de saúde na lista abaixo /If yes, check the appropriate health insurance provider below</i> <input type="checkbox"/> Atena/US Health Car <input type="checkbox"/> Health Partners <input type="checkbox"/> Keystone Mercy <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> AmeriChoice <input type="checkbox"/> Keystone Health Plan East <input type="checkbox"/> Outro/Other	
<i>Nome do dentista/clínica da criança /Name of child's doctor/clinic</i>		<i>Nº telefone /Telephone No.</i>			
<i>Primeiro contato de emergência (nome completo) Pais/Responsável /First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian</i>		<i>Relacionamento(parentesco) com a criança /Relationship to child</i>	<i>Telefone de dia /Daytime phone</i>	<i>Celular /Cell phone</i>	<i>E-mail /Email Address</i>
<i>Segundo contato de emergência (nome completo) /Second Emergency Contact (full name)</i>		<i>Relacionamento(parentesco) com a criança /Relationship to child</i>	<i>Telefone de dia /Daytime phone</i>	<i>Celular /Cell phone</i>	<i>E-mail /Email Address</i>
<i>Terceiro contato de emergência (nome completo) /Third Emergency Contact (full name)</i>		<i>Relacionamento(parentesco) com a criança /Relationship to child</i>	<i>Telefone de dia /Daytime phone</i>	<i>Celular /Cell phone</i>	<i>E-mail /Email Address</i>

Favor observar / Please note

Se a resposta a alguma das perguntas abaixo for “Sim”, leve este formulário para o médico do seu filho/sua filha e peça que ele forneça informações detalhadas, em inglês. / If the answer to any of the following questions is “Yes”, please take this form to your child’s doctor and ask him/her to provide detailed information in English.

- 1. Sua filha ou o seu filho tem alguma necessidade ou problema de saúde que deva ser do conhecimento da escola? / Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know?**

_____ Sim/Yes _____ Não/No

Se **SIM**, peça para o médico do seu filho/sua filha fornecer as informações em inglês / If **YES**, please ask your child’s doctor to provide information in English

-
- 2. Seu filho/sua filha toma algum medicamento? / Does your daughter/son take any medication?**

_____ Sim/Yes _____ Não/No

Se **SIM**, peça para o médico do seu filho/sua filha fornecer as informações em inglês / If **YES**, please ask your child’s doctor to provide information in English

-
- 3. O seu filho/sua filha precisa tomar algum remédio na escola? / Does your daughter/son need to take medication at school?**

_____ Sim/Yes _____ Não/No

Se **SIM**, peça para o médico do seu filho/sua filha fornecer as informações em inglês / If **YES**, please ask your child’s doctor to provide information in English

Assinatura dos pais/responsável / Parent/Guardian Signature

Data / Date