

DISTRITO ESCOLAR DA FILADÉLFIA
SERVIÇOS DE SAÚDE DA ESCOLA

CONSENTIMENTO PARA LIBERAÇÃO DE INFORMAÇÕES

A QUEM POSSA INTERESSAR:

Eu autorizo a enfermeira escolar a comunicar-se quando necessário com:

Agência/Médico _____

Endereço _____

Cidade, Estado, CEP _____

Telefone _____ Fax # _____

e _____ a comunicar-se com a enfermeira escolar e

(Agência)
partilhar cópias da _____ referente a
(Informação solicitada)

Estudante _____ Data de nascimento _____

Endereço _____ CEP _____

Nome dos Pais/Responsáveis _____

POR FAVOR ENVIE AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS POR CORREIO OU FAX PARA:

Enfermeira _____ Fone _____

Escola _____

Endereço _____

Cidade, Estado, CEP _____

Telefone _____ Fax # _____

Eu compreendo que as informações fornecidas serão usadas para avaliar individualmente a saúde do aluno e para ajuda-lo fornecendo um programa de gestão educacional e de saúde.

Entendo que esta autorização permanecerá em vigor a partir desta data até o final do ano letivo atual, a menos que seja revogada por mim, a qualquer momento e por escrito.

Assinatura do Responsável pelo estudante (Ou estudante, se emancipado)

Data da assinatura