



Informação de Emergência do Aluno

(Somente Alunos Ginásiais)

Office of the Deputy Superintendent of Schools
Montgomery County Public Schools
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 565-1A
August 2008
Pagina 1 de 2
Portuguese

Se ocorreu alguma mudança de endereço, uma prova de nova residência deve ser anexada a este formulário para que o endereço possa ser atualizado no sistema de computador. Ligue para sua escola para perguntar qual documentação é necessária para completar esse processo de mudança de endereço.

NOME DO ALUNO (SOBRENOME, NOME, MEIO) STUDENT NAME (LAST, FIRST, MIDDLE)			NÚMERO DE IDENTIDADE DO ALUNO STUDENT ID		NÍVEL ESCOLAR GRADE	SEÇÃO SECTION	PROFESSOR HOMEROOM TEACHER
TELEFONE DE CASA HOME PHONE	DATA DE NASCIMENTO DATE OF BIRTH	SEXO GENDER	NÚMERO DO ÔNIBUS BUS NO.	PROBLEMA COM A GUARDA/CUSTODY CONCERNS <input type="checkbox"/> NÃO/NO <input type="checkbox"/> SIM/YES (SE SIM, CONTACTE A ESCOLA)		YRBSS (VEJA O VERSO) <input type="checkbox"/> NÃO PODEM PARTICIPAR/May not participate	
ENDEREÇO DE CASA HOME ADDRESS			ENDEREÇO ADICIONAL PARA CORRESPONDÊNCIA ADDITIONAL MAILING ADDRESS		LÍNGUA FALADA EM CASA LANGUAGE SPOKEN AT HOME	SOMENTE GRAUS 11 E 12 <input type="checkbox"/> NÃO REVELEM INFORMAÇÕES DE CONTATO A RECRUTADORES DO EXÉRCITO	
NOME DO ADULTO RESPONSÁVEL (SOBRENOME, NOME, MEIO) NAME OF RESPONSIBLE ADULT (LAST, FIRST, MI)				NOME DO ADULTO RESPONSÁVEL (SOBRENOME, NOME, MEIO) NAME OF RESPONSIBLE ADULT (LAST, FIRST, MI)			
TELEFONE DO TRABALHO (ESTENSÃO): WORK PHONE (EXT.):		CELULAR: CELL PHONE:		TELEFONE DO TRABALHO (ESTENSÃO): WORK PHONE (EXT.):		CELULAR: CELL PHONE:	
E-MAIL/E-MAIL:				E-MAIL/E-MAIL:			
PARENTESCO COM O ALUNO/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> MÃE/MOTHER <input type="checkbox"/> PAI/FATHER <input type="checkbox"/> GUARDIÃO/GUARDIAN <input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFIQUE)/OTHER (SPECIFY)				PARENTESCO COM O ALUNO/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> MÃE/MOTHER <input type="checkbox"/> PAI/FATHER <input type="checkbox"/> GUARDIÃO/GUARDIAN <input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFIQUE)/OTHER (SPECIFY)			
SE OS PAIS NÃO PUDEREM SER CONTATADOS, NOME DA PESSOA A SER CONTATADA EM CASO DE EMERGÊNCIA – NOME (SOBRENOME, NOME): IF PARENT CANNOT BE REACHED, PERSON TO BE CONTACTED IN CASE OF EMERGENCY—NAME (LAST, FIRST):							
TELEFONE (ESTENSÃO): PHONE (EXT.):			CELULAR: CELL PHONE:			E-MAIL: E-MAIL:	
PARENTESCO COM O ALUNO/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> MÃE/MOTHER <input type="checkbox"/> PAI/FATHER <input type="checkbox"/> GUARDIÃO/GUARDIAN <input type="checkbox"/> OUTRO/OTHER							
PESSOA RESPONSÁVEL PELO ALUNO DEPOIS DA ESCOLA – NOME (SOBRENOME, NOME)/PERSON RESPONSIBLE FOR STUDENT AFTER SCHOOL—NAME (LAST, FIRST)				LÍNGUA NA QUAL VOCÊ GOSTARIA DE RECEBER CORRESPONDÊNCIA/LANGUAGE IN WHICH YOU WISH TO RECEIVE CORRESPONDENCE: <input type="checkbox"/> INGLÊS/ENGLISH <input type="checkbox"/> CHINÊS/CHINESE <input type="checkbox"/> FRANCÊS/FRENCH <input type="checkbox"/> COREANO/KOREAN <input type="checkbox"/> ESPANHOL/SPANISH <input type="checkbox"/> VIETNAMITA/VIETNAMESE <input type="checkbox"/> PORTUGUÊS/PORTUGUESE			
ENDEREÇO: ADDRESS:							
TELEFONE (ESTENSÃO): PHONE (EXT.):			CELULAR: CELL PHONE:			E-MAIL: E-MAIL:	
PARENTESCO COM O ALUNO/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> MÃE/MOTHER <input type="checkbox"/> PAI/FATHER <input type="checkbox"/> GUARDIÃO/GUARDIAN <input type="checkbox"/> OUTRO/OTHER							
Funcionários da escola administrarão primeiros socorros e/ou levarão seu filho/sua filha para um médico ou hospital se for necessário um tratamento de emergência e nenhum dos pais (guardião) puder ser contatado. (O esquadrão de resgate será utilizado se julgado necessário em situações de emergência.)							
NOME DO MÉDICO PARA CONTATO: PHYSICIAN CONTACT: (NAME)				TELEFONE DO MÉDICO: PHYSICIAN PHONE:			
NOME DO DENTISTA PARA CONTATO: DENTIST CONTACT: (NAME)				TELEFONE DO DENTISTA: DENTIST PHONE:			
HOSPITAL DE PREFERÊNCIA: HOSPITAL PREFERENCE:							
ALERGIAS—MEDICAMENTOS: ALLERGIES—MEDICATIONS:							
ALERGIAS—PICADA DE ABELHA/ALLERGIES—BEE STINGS: <input type="checkbox"/> NÃO/NO <input type="checkbox"/> SIM/YES INFORMAÇÃO ADICIONAL:							
ALERGIAS—OUTRAS: ALLERGIES—OTHER:							
MEDICAMENTOS ATUALMENTE PRESCRITOS (OPCIONAL): CURRENTLY PRESCRIBED MEDICATIONS: (OPTIONAL)							
OUTRAS PREOCUPAÇÕES: OTHER CONCERNS:							
SEGURO DE SAÚDE/HEALTH INSURANCE: <input type="checkbox"/> NÃO/NO <input type="checkbox"/> SIM/YES (SE SIM, MARQUE UM) <input type="checkbox"/> PRIVADO/PRIVATE <input type="checkbox"/> HEALTH CHOICE <input type="checkbox"/> CARE FOR KIDS							
POSSUI O ALUNO ALGUMA CONDIÇÃO DE SAÚDE QUE REQUER POSSÍVEL TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA? <input type="checkbox"/> NÃO/NO <input type="checkbox"/> SIM/YES SE SIM (ESPECIFIQUE)							
EXISTE MEDICAMENTO SENDO ADMINISTRADO PELO PESSOAL DA ESCOLA REGULARMENTE?/IS MEDICATION BEING ADMINISTERED BY SCHOOL STAFF ON A CONTINUING BASIS? <input type="checkbox"/> NÃO/NO <input type="checkbox"/> SIM/YES (SE SIM, MCPS FORM 525-13 DEVE SER PREENCHIDO E RETORNADO A ESCOLA)							
Nome Impresso do Pai/Mãe/Guardião/Printed Parent/Guardian Name				Assinatura do Pai/Mãe/Guardião/Siganture of Parent/Guardian		Data/Date	

**Informações aos Pais/Guardiães de Alunos Ginasiais em Relação ao
Comportamento de Risco Juvenil
Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS)**

Esta seção do formulário serve para lhe notificar sobre o Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) (Sistema de Monitoramento de Comportamento de Risco Juvenil (YRBSS)) e os procedimentos a seguir se você não quiser que o seu filho participe no YRBSS. United States Centers for Disease Control and Prevention criou o YRBSS para medir fatores de risco e monitorar a eficiência de programas de redução de riscos. O YRBSS consiste em identificar comportamentos de risco que podem incluir comportamentos de segurança, tais como o uso de capacetes e cintos de segurança; depressão e saúde mental; uso de tabaco, álcool, ou outra droga; nutrição e atividade física; e comportamento sexual.

Maryland State Department of Education requer que o sistema de escolas locais utilize consentimento passivo dos pais para realizar o YRBSS para que se obtenha um número de participantes representativo e válido estatisticamente. Durante o ano escolar de 2008-2009, uma amostra aleatória de alunos ginasiais será selecionada para participar no YRBSS. A menos que você indique na frente deste formulário que o seu filho/sua filha não está autorizado/a a participar, ele/ela poderá ser incluído/a no YRBSS se a escola for escolhida na amostra aleatória. Por favor considere os seguintes fatores para tomar sua decisão:

- A participação do seu filho/sua filha no YRBSS é voluntária.
- O YRBSS é confidencial e as respostas do seu filho serão mantidas em segredo.
- Não é necessário constar o nome do seu filho/sua filha na folha de respostas.

Para maiores informações sobre o YRBSS ou para receber uma cópia com as perguntas, por favor contate o Center for Disease Control and Prevention, 1600 Clifton Road, Atlanta, Georgia 30333, número de telefone 800-232-4636, ou visite a página de Internet: www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs.

Se você **NÃO QUER** que seu filho/sua filha participe no YRBSS, por favor complete a seção na frente do formulário que indica "YRBSS-Não está permitido participar."