



# Informação de Emergência do Aluno

(Somente Para Alunos de Escolas Primárias e Médias)

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

MCPS Form 565-1  
August 2008  
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)		
ENDEREÇO DE CASA HOME ADDRESS			ENDEREÇO ADICIONAL PARA CORRESPONDÊNCIA ADDITIONAL MAILING ADDRESS		LÍNGUA FALADA EM CASA LANGUAGE SPOKEN AT HOME	
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	