

## CONSENTIMENTO DO PAI/MÃE/RESPONSÁVEL PARA SERVIÇOS DE SAÚDE NA ESCOLA

- O Formulário de Consentimento do Pai/Mãe/Responsável para Serviços de Saúde na Escola é exigido anualmente de todos os alunos.
- Quando necessário, serviços de saúde de emergência como primeiros socorros, reanimação cardiopulmonar (CPR, sua sigla em inglês) ou uso de desfibrilador externo automático (AED, sua sigla em inglês) serão realizados até que os serviços médicos de emergência cheguem à escola.
- Serão necessárias autorizações individuais dos pais/responsáveis para que a equipe da clínica escolar, ou o pessoal da escola, administre diariamente ou quando necessário os medicamentos prescritos ou de venda livre, realize procedimentos médicos ou forneça tratamento médico.
- É necessário um consentimento adicional por escrito dos pais/responsáveis, a cada ano letivo, para o Programa Opcional de Testes de COVID-19 na Escola e para o Programa de Selantes Dentais.

**ESTE FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO E DEVOLVIDO AO TÉCNICO DE GERENCIAMENTO DE INFORMAÇÕES (IMT) DA ESCOLA DESIGNADA DE SEU/SUA FILHO(A), CASO O(A) SENHOR(A) AUTORIZE E DESEJE QUE SEU/SUA FILHO(A) RECEBA QUALQUER UM DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ESCOLAR RELACIONADOS ABAIXO.**

### Digite/Escreva em Letra de Forma todos os Dados Solicitados

#### Dados do(a) Estudante:

Sobrenome	Nome do meio	Nome	Data de Nasc. do(a) Estudante	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
Endereço	Nº do Apto	Cidade	Estado	Código Postal

#### Dados do(a) Pai/Mãe/Responsável:

Sobrenome	Nome do meio	Nome	Relação com o(a) Estudante (Pai, Mãe ou Responsável)
Endereço	Nº do Apto	Cidade	Estado
Telefone Residencial	Telefone do Trabalho	Telefone Celular	Obs:

**Indique com um “x” nas caixas apropriadas os serviços que o(a) senhor(a) autoriza e deseja que seu/sua filho(a) receba na escola.**

	Sim	Não
Cuidado e tratamento de doenças e ferimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triagem de visão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triagem de audição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triagem do crescimento e desenvolvimento (índice de massa corporal/BMI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 \_\_\_\_\_  
 Pai/Mãe/Responsável (letra de forma)

 \_\_\_\_\_  
 Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável

 \_\_\_\_\_  
 Data

 \_\_\_\_\_  
 Nome do(a) Estudante (letra de forma)

 \_\_\_\_\_  
 Assinatura do(a) Estudante

 \_\_\_\_\_  
 Data