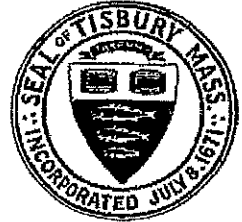




John Custer
Principal

The Tisbury School
40 West William Street
Post Office Box 878
Vineyard Haven, Massachusetts 02568
Tel: 508-696-6500 • Fax: 508-696-7437



Sean Mulvey
Associate Principal

HEALTH FORM

Student's Name _____ Age _____ D.O.B. _____

Home Address _____ Home Telephone _____

Father's Name _____ Mother's Name _____

Home Phone _____ Home Phone _____

Work Phone _____ Work Phone _____

Cell Phone _____ Cell Phone _____

Other Emergency Contact (If parents can't be reached):

Name _____ Relationship _____ Phone _____

Family Doctor _____ Telephone _____

Health Information:

1. Please list: Food Allergy _____

Drug Allergy _____

Bee Sting Allergy? _____ EPI-PEN? _____

Other Allergy? _____

2. Does your child have any medical concerns (such as asthma, ADHA, etc.)?

Please describe _____

3. In order to protect your child from possible embarrassment, this information is needed:

a. Is (s)he a bedwetter? _____ b. Does (s)he sleepwalk? _____

4. Date of most recent Tetanus vaccine: _____

(School nurse will fill in date)

MORE HEALTH INFORMATION ON BACK*

The following chaperones have my permission to administer medication:

Sean Mulvey

MEDICATION(S) YOUR CHILD WILL BE BRINGING ON THIS TRIP: *

Medication	Dosage	Times

PLEASE NOTE: MEDICATION MUST BE PROPERLY LABELED & GIVEN TO THE SCHOOL NURSE ON **Monday, January 14**

Students are not permitted to carry their own medications. This includes over-the-counter drugs. Exceptions are made for asthma inhalers and Epi-Pens.

PERMISSION FOR MEDICAL TREATMENT:

In case of illness or injury, the school and parents will be notified. In the event of an emergency that requires medical attention, we will need parental permission:

In case of an emergency, I give my permission to the chaperones to secure proper treatment and/or for a doctor to give anesthesia or any other necessary medical attention to my child.

Date: _____ Signature (Parent or Guardian) _____

INSURANCE INFORMATION:

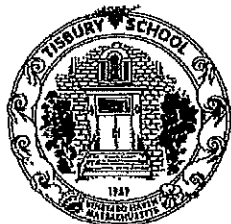
In case of an injury or illness requiring medical attention, the following information is needed. (If you have no insurance or if your primary insurance company does not cover any of the costs, school insurance will pay what is not covered.)

Name of Insurance: _____

Address: _____

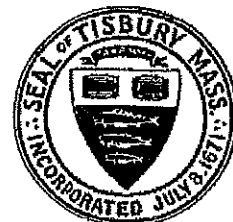
Telephone # _____ Policy # _____

Policy Holder's Name: _____



John Custer
Principal

The Tisbury School
40 West William Street
Post Office Box 878
Vineyard Haven, Massachusetts 02568
Tel: 508-696-6500 • Fax: 508-696-7437



Sean Mulvey
Associate Principal

FORMULÁRIO DE SAÚDE

Nome do aluno: _____ Idade: _____ Data de Nasc: _____

Endereço residencial: _____ Tel. Residencial: _____

Nome do Pai: _____ Nome de Mãe: _____

Telefone residencial: _____ Telefone residencial: _____

Telefone comercial: _____ Telefone comercial: _____

Móvil: _____ Móvil: _____

Outro telefone de emergência (Em caso do responsável não ser encontrado):

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____ Tel.: _____

Médico de família: _____ Telefone: _____

INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE:

1. Por favor faça uma lista de alergias da comida: _____

Alergia de medicam ento _____

Alergia de picada da abelha? _____ EPI-PEN? _____

Outras alergias? _____

2. Seu filho tem os assuntos de medico? _____

3. Com a finalidade de proteger o seu filho contra qualquer tipo de constrangimento, pedimos as seguintes informações:

a. Seu filho quando dorme sofre de algum descontrole (faz xixi na cama, por exemplo)?

b. Ele é sonâmbulo? _____

4. Qual foi a data mais recente da vacina anti-tetânica? _____

MAIS INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE NO VERSO DESTA FOLHA*

Os seguintes enfermeiros têm o meu permissão administrar a medicação:

Sean Mulvey

OS MEDICAMENTOS QUE SUA CRIANÇA LEVARÁ NA VIAGEM: *

Medicamento	Dosagem	Hora

ATENÇÃO; MEDICAMENTOS DEVEM SER MARCADO APROPRIADAMENTE E DADO A ENFERMEIRA DA ESCOLA NO DIA

Segunda-feira, 14 de janeiro

Não será permitido que os próprios alunos levem suas medicações consigo. Estão incluídos também os remédios que não necessitam de prescrição médica. A única exceção será a bomba de inalação para asmáticos (inaladores para asma e Epi-Pens).

O acompanhante do meu filho tem a minha permissão para medicá-lo (por favor, cheque):
Tylenol _____ Advil _____ Antacid _____ antiácidos _____

(A enfermeira suprirá Tylenol & Advil – somente pílulas orais)

PERMISSÃO PARA TRATAMENTO MÉDICO:

Em caso de doença ou ferimento, a escola e os pais serão notificados. No caso de uma eventual emergência, eu autorizo o acompanhante do meu filho a aplicar o tratamento apropriado e/ou para o médico aplicar anestesia ou dar outro tipo de assistência médica para o meu filho.

Data: _____ Assinatura: _____

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO MÉDICO:

A informação a seguir será necessária em caso de qualquer doença ou ferimento que requeira cuidados médicos (Se você não tem seguro médico ou se seu seguro médico primário não cobre nenhum dos pagamentos, o seguro da escola irá pagar o que não for coberto).

Nome de seguro: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Número da apólice # _____

Nome do titular da apólice de seguros: _____