



**Framingham Public Schools**  
Robert A. Tremblay, Ed.D., Superintendent of Schools

**DEPARTMENT OF HEALTH AND WELLNESS**

Ms. Judith Styer, Director  
73 Mount Wayte Avenue, Suite 5  
Framingham, MA. 01072  
Telephone: 508-626-9197 Fax: 508-877-3243

NOME DO ALUNO \_\_\_\_\_ ESCOLA \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ SÉRIE \_\_\_\_\_

**Segue anexo, uma autorização para a liberação de informações médicas referente ao estudante acima mencionado.**

**Nós precisamos desta informação para determinar a melhor maneira de acomodar a questão de saúde do estudante em relação ao ambiente escolar.**

**Por favor, indique o seu consentimento para liberar a informação médica do seu filho assinando abaixo.**

**Atenciosamente,**

**Enfermeiro(a) da escola/Médico(a) da escola/Diretor(a)**

\_\_\_\_\_  
Authorização para CONSULTA MÉDICA, HOSPITAL ou CLÍNICA

**Pelo presente autorizo a qualquer médico, hospital ou clínica que cuidou de meu filho, \_\_\_\_\_, liberar informações médicas para os serviços de saúde escolar das escolas públicas de Framingham para seu uso confidencial, como acima mencionado.**

**ASSINATURA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_**  
Pais/Responsáveis

*"Translations are a courtesy of FPS. Translators are not responsible for the content of the document."RDS-2/10/2014*