



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