



Departamento de cuidados e educação infantil do estado de Massachusetts

FORMULÁRIO	
Assunto: Formulário de aceitação de crianças para o programa de cuidado infantil de emergência	Cuidado infantil de emergência
Data de vigência: atualizado em 21 de março de 2020	

Formulário de aceitação de crianças para o programa de cuidado infantil de emergência

Informações da criança

Nome da criança: _____ Data de nascimento: _____

Idade no momento da admissão: _____ Data de admissão: _____

Endereço residencial da criança: _____

Número de telefone residencial: _____

Idioma principal: _____ Marcas de identificação: _____

Cor dos olhos: _____ Cor do cabelo: _____ Cor da pele: _____

Gênero: _____ Altura: _____ Peso: _____

Informações da escola: _____

Informações de imunização: _____ Exame principal: _____

Motivo da elegibilidade

DCF envolvido: DTA/TAFDC envolvido: Sem teto: Trabalhador crítico:

Explicação: _____

Informações dos pais/guardiões

Responsável/guardião 1:

Nome do responsável/guardião: _____

Relacionamento com a criança: _____

Endereço residencial: _____

Número de telefone válido: _____

Endereço de e-mail: _____

Ocupação: _____

Nome e endereço do funcionário: _____

Número de telefone do funcionário: _____

Horas de trabalho: _____

Responsável/guardião 2:

Nome do responsável/guardião: _____

Relacionamento com a criança: _____

Endereço residencial: _____

Número de telefone válido: _____

Endereço de e-mail: _____

Ocupação: _____

Nome e endereço do funcionário: _____

Número de telefone do funcionário: _____

Horas de trabalho: _____

Informações adicionais

Dieta especial? _____

Alergias: Caso positivo, descrever: _____

Epipen: Caso positivo, descrever _____

Plano de saúde individual para a criança com uma condição de saúde crônica? Caso positivo, anexar. _

Cópias de quaisquer acordos de custódia, ordem judicial e ordem de restrição que se referem à criança?
Caso positivo, anexar. _____

Medicações e efeitos colaterais: _____

Preocupações ou limitações especiais? _____

Eu reconheço que esse cuidado está sendo oferecido em caráter de emergência de acordo com a ordem executiva do governador Baker. O Programa de cuidado infantil de emergência não está sujeito à licença do EEC e não é necessário que o programa atenda a todos os requisitos presentes no regulamento do EEC. Eu reconheço que esse cuidado infantil está sendo oferecido em caráter temporário.

Assinatura do responsável/guardião

Data

Informações do cartão de emergência

Lembrete: A informação do cartão de emergência é usada no kit de primeiros socorros do educador. O educador deve levar o kit de primeiros socorros ao sair da instalação com a criança para garantir a sua segurança.

Nome da criança: _____ Data de nascimento: _____

Endereço residencial da criança: _____

_____ Telefone: _____

Instruções para entrar em contato com o guardião:

1. _____
(Nome, endereço, casa e nº de telefone)

2. _____
(Nome, endereço, casa e nº de telefone)

Informações de contato para profissionais médicos e da área da saúde

1. _____
(Nome do médico, endereço, nº de telefone)

Pessoas de contato em caso de emergência

1. _____
(Nome do médico, endereço, nº de telefone)

2. _____
(Nome do médico, endereço, nº de telefone)

Tratamento médico de emergência

Por meio desse documento, eu forneço a _____ a permissão para
(Nome do educador/assistente)

administrar primeiros socorros ou usar o kit de primeiros socorros em minha criança

_____ e/ou levar minha criança _____ para o
(Nome) (Nome)

hospital para tratamento médico caso eu não possa ser contatado ou quando a demora ao fazer isso representa um perigo à saúde da minha criança.

Responsável/guardião

Data

Informações do plano de saúde (opcional)

Nome do assinante _____

Tipo do plano _____

Número da apólice: _____

Cópia do cartão do plano

Outras informações médicas pertinentes: