

Martha's Vineyard Regional High School

New Student Information Worksheet - FOR SCHOOL NURSE ONLY

Student Name: _____ Date of Birth: _____ Grade _____

Parent/Guardian _____ Relation: _____

Phone: _____ Cell Phone: _____ Email: _____

Parent/Guardian _____ Relation: _____

Phone: _____ Cell Phone: _____ Email: _____

Emergency Contact (if parent unavailable) _____

Phone: _____ Cell Phone: _____ Email: _____

Physician: _____ Phone: _____

Dentist: _____ Eye Doctor: _____

Health Insurance: Yes _____ No _____ Insurance Carrier: _____

Is an interpreter required: Yes _____ No _____ if yes, what language spoken: _____

Medical History

Please list any medical condition or history:

Does your child take any medication? Yes _____ No _____

Medication Name: _____ Dose: _____

Medication Name: _____ Dose: _____

Does your child have any **life threatening allergies requiring an Epi-Pen**: Yes ___ No ___

If yes, what is the allergy: _____

Does your child wear glasses? Yes ___ No ___ Or have hearing loss? Yes ___ No ___

Does your child have any ongoing medical conditions (asthma, diabetes, seizures, allergies, psychological etc.): Yes _____ No _____ Explain: _____

Does your child have any physical handicap? Yes _____ No _____

Does your child plan on participating in any sports? Yes ___ No ___

History of concussion? Yes ___ No ___ if yes provide dates: _____

Fall: Football Cheerleading Soccer Field Hockey Cross Country Golf

Winter: Ice Hockey Basketball Swimming Indoor Track

Spring: Lacrosse Baseball Softball Track & Field Tennis Sailing

Children entering the Martha's Vineyard Regional High School are required to have a current physical exam and written proof of immunizations from their physician.

I give permission for the above information to be shared with staff as needed.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

PLEASE GIVE (or email) THIS FORM TO THE SCHOOL NURSE

Please email to LLeonard@mvyps.org & TLaslovich@mvyps.org

Martha's Vineyard Regional High School

Nova planilha de informações do aluno - APENAS PARA ENFERMAGEM ESCOLAR

Nome do aluno: _____ Data de nascimento: _____ Grau _____

Responsável legal _____ Relação: _____
Telefone: _____ Celular _____ Email: _____

Responsável legal _____ Relação: _____
Telefone: _____ Celular _____ Email: _____

Contato de emergência (se o pai não estiver disponível) _____

Telefone: _____ Celular: _____ Email: _____

Médico: _____ Telefone: _____

Dentista: _____ Oftalmologista: _____

Plano de saúde: Sim _____ Não _____ Nome do plano: _____

Você vai precisar de um intérprete : Sim _____ Não _____ Se a resposta for sim, qual idioma: _____

Histórico médico

Liste qualquer condição ou histórico médico: _____

Seu filho toma algum medicamento? Sim _____ Não _____

Medicamento: _____ Dose: _____

Medicamento: _____ Dose: _____

O seu filho tem alergias graves que exijam uma Epi-Pen: Sim ___ Não ___

Se sim, qual é a alergia: _____

Seu filho usa óculos? Sim ___ Não ___ Ou tem perda auditiva? Sim ___ Não ___

Seu filho tem alguma condição médica em andamento? (asma, diabetes, convulsões, alergias, psicológico etc.): Sim _____ Não _____ Explique: _____

Seu filho tem alguma deficiência física? Sim _____ não _____

Seu filho planeja participar de algum esporte? Sim ___ Não ___

Já teve uma concussão? Sim ___ Não ___ Se sim, especifique as datas: _____

Outono: Futebol Cheerleading Futebol Hockey em campo Cross Country Golfe

Inverno: Hockey no gelo Basquete Natação Track Pista interna

Primavera: Lacrosse Beisebol Softbol Atletismo Tênis Vela

As crianças que ingressam na Martha's Vineyard Regional High School são obrigadas a fazer um exame físico atual e uma prova escrita de imunizações do seu médico.

Permito que as informações acima sejam compartilhadas com a equipe, conforme necessário.

Assinatura do Pai / Responsável _____ Data _____

DÊ ESTE FORMULÁRIO AO ENFERMEIRO DA ESCOLA
Please email to LLeonard@mvypts.org & TLaslovich@mvypts.org