



**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS SEM PRESCRIÇÃO DOS PAIS
(Series 6-12 somente)**

Nome do aluno _____ Série _____

Como pai ou responsável legal da criança acima mencionada, estou solicitando que a ele/ela seja permitido transportar e auto administrar um medicamento sem receita.

1. Eu instruí o aluno quanto ao uso adequado desse medicamento.
2. Eu entendo que os alunos não podem possuir ou carregar mais do que um dia de fornecimento de qualquer medicamento sem receita.
3. Eu libero e concordo em manter o Conselho de Educação, seus dirigentes e seus funcionários isento de toda e qualquer responsabilidade previsível ou imprevisível pelos danos ou prejuízo resultante direta ou indiretamente desta autorização.
4. Eu concordo que este formulário estará em vigor durante todo o ano letivo atual, a menos que indicado abaixo.

Datas que o medicamento deve ser tomado

Nome do medicamento de auto administração

Assinatura dos Pais

Data da assinatura