



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS NO RECETADOS PARA PADRES
(Solamente grados 6-12)**

Nombre del estudiante _____ Grado _____

Como padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente, solicito que se le permita llevar y autoadministrarse un medicamento de venta libre.

1. He instruido al estudiante sobre el uso apropiado de este medicamento.
2. Entiendo que a los estudiantes no se les permite poseer o llevar más de un día suministro de cualquier medicamento de venta libre.
3. Libero y acepto mantener a la Junta de Educación, sus funcionarios y sus empleados inofensivo de toda responsabilidad previsible o imprevisible por los daños o perjuicios resultante directa o indirectamente de esta autorización.
4. Estoy de acuerdo en que este formulario está en vigor durante el año escolar actual a menos que lo indicado abajo.

Fechas de la medicación a tomar

Nombre del medicamento de venta libre

Firma de los padres

Fecha de firma