



UPPER ADAMS SCHOOL DISTRICT
161 NORTH MAIN STREET
BIGLERVILLE, PENNSYLVANIA 17307
717-677-7191
www.upperadams.org

Declaración de Renuncia Respecto a la Administración por el Distrito Escolar de Medicamentos y Tratamiento Médico para el Estudiante

Nosotros (yo), _____ y _____,

los padre(s) o tutore(s) de _____,

un estudiante que asiste al El Distrito Escolar de Upper Adams, Biglerville, Pennsylvania, solicita que el distrito escolar administre al estudiante los medicamentos y/o procedimientos médicos, inyecciones, tratamientos o el curso de atención enumerados en la receta médica adjunta o plan de tratamiento firmado por el médico del estudiante .

Al realizar esta solicitud, (yo) reconozco que el distrito escolar no tiene la obligación de otorgar la solicitud y, una vez que la haya concedido, podremos decidir en el futuro no seguir cumpliendo con la solicitud luego de recibir un aviso (yo) de este decisión.

En consideración de que el distrito escolar ha otorgado esta solicitud, nosotros (yo), para nosotros (yo mismo), el estudiante, todos nuestros representantes personales y sus asignados, renunciamos expresamente, damos de alta, damos de baja y exoneramos, y nosotros (yo) acuerdo mantener y ahorrar inofensivos e indemnizar al distrito escolar, sus empleados, funcionarios, administradores, directores, maestros, agentes, empleados, funcionarios y voluntarios, de y contra cualquier reclamo, exige acciones y causas de acción de cualquier tipo, ya sea civil o equitativa, incluida la responsabilidad de un tercero o acusado adicional, por cualquier pérdida que podamos (nosotros) o el estudiante, o por cualquier lesión o enfermedad o agravación de cualquier condición médica que el estudiante pueda sufrir o sufrir como un resultado de la administración, o la incapacidad de administrar al estudiante los medicamentos y/o procedimientos médicos, inyecciones, tratamientos o el curso de atención solicitado.

Nosotros (yo) hemos leído y entendido esta Declaración de Renuncia

Con la intención de estar legalmente obligado por este medio, nosotros (yo) hemos firmado y ejecutado esta Declaración de Renuncia en este día _____.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Número de teléfono durante el día: _____

Firma del padre / madre / tutor: _____ Número de teléfono durante el día: _____