

Autorización para no administrar medicamentos al estudiante y exoneración de responsabilidad

Yo, el firmante, padre/madre/tutor del alumno _____
doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en las actividades de educación al aire libre y duerma en los dormitorios sin tener acceso o tomar la/s siguiente/s medicación/es.:

Certifico que los medicamentos nombrados anteriormente no son esenciales para la preservación de la salud de mi hijo/a, y autorizo al personal de la Escuela al aire libre Foothill Horizons a no suministrar el/los medicamento/s mencionado/s a mi hijo/a durante su estancia en la escuela al aire libre.

Yo, voluntariamente, libero, descargo, renuncio y abandono cualquiera y todas las acciones o causas de acción por lesiones personales o muerte por negligencia que le ocurran a mi hijo/a que puedan surgir como consecuencia de esta autorización de no darle a mi hijo/a los medicamentos nombrados anteriormente.

Información y firma del padre/madre/guardián legal

Nombre: _____ Fecha: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Firma: _____

Envíe el formulario complete y firmado a:

A la atención de: Foothill Horizons

Correo electrónico: foothillhorizons@stancoe.org

Fax: (209) 532-0019