

ДОЗВІЛ НА ВВЕДЕННЯ ЛІКІВ
Персоналом шкільного округу Джефферсон

Ім'я учня _____ Доб _____ Клас _____

Класний/домашній керівник _____

Я надаю персоналу школи дозвіл на введення ліків моїй дитині за наступним:

Цей розділ заповнюється батьками/опікунами	
Будь ласка, дозвольте моїй дитині самостійно вводити ці ліки. (Політика JSD JHCD/JHCD-AR)	
	☐ Без рецепта
	Номер рецепта: _____
Лікарство: _____	Термін придатності ліків: _____
—	Особливі вказівки: _____
Доза (скільки): _____	_____
Частота (як часто): _____	—
Маршрут (коло) За: Рот Вуха Очі Ніс Шкіра	_____
Час: _____	—
Тривалість: дата початку _____	_____
Дата закінчення _____	—
Причина для прийому ліків: _____	

Я розумію, що несу відповідальність за надання цих ліків і підтримку їх постачання за потреби. Я розумію, що несу відповідальність за письмове повідомлення школи про будь-які зміни. Я також розумію, що батьки/опікуни зобов'язані забрати всі невикористані ліки до останнього дня навчання. Всі ліки, що залишилися в школі, будуть викинуті.

Підпис батьків/опікунів: _____ Дата: _____

Цей дозвіл поширюється **тільки** на перераховані вище ліки і на час лікування або навчального року. Це також дозволяє обмінюватися інформацією за необхідності між відповідним шкільним персоналом та/або медичним працівником моєї дитини.

Permission of the building principal is required for all self-medication requests as per policy JHCD-AR.

Principal's Signature

Date

- вхід/вихід ліків на зворотному боці -

Вхід за допомогою ліків

[illegible]

Вихід з ліків

[illegible]