

Sección del padre o la madre:

Por la presente, eximo y doy mi permiso al personal aprobado por la junta para administrar el medicamento mencionado anteriormente a mi hijo. Además, al firmar este formulario, reconozco que el distrito escolar o su personal no tienen ninguna obligación de proporcionar asistencia para administrar el medicamento y, por la presente, eximo a todos los empleados escolares designados por la junta y a la Junta Educativa de la responsabilidad de daños o lesiones que se originen por prestar o no prestar la asistencia solicitada.

He leído y comprendo la política para la administración del medicamento.

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: ____ Edificio escolar: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Usted debe completar nuevamente el documento Solicitud para que el personal escolar del jardín de infantes al 12.º grado administre el medicamento recetado cada año escolar.

Firma del padre, la madre o el tutor: _____ Fecha: _____

Alumnos 5330 Página 2 de 2 Revisión: 1/2023
--