

## Dear Parent/Guardian,

Please fill out the bottom portion of this note if you would like your child to have cough drops at school. The health office *does not* supply cough drops. Please send cough drops to school in a bag labeled with your child's name on it (preferably the original bag). Your student may keep cough drops in their classroom and use them according to the directions on the package; however, it will be up to the teacher where the cough drops are kept. Prolonged use of cough drops is not recommended. It is strongly encouraged that your student be seen by a health care provider if their sore throat or cough persists, worsens, or if they have additional symptoms.

Please call the health office with any questions.

Thank you,

Kayla Rogers, RN, PHN, LSN

Licensed School Nurse for:

Kaposia Education Center: 651-457-9424

Lincoln Center Elementary: 651-288-5901

---

Date:

Student's Name:

Student's Homeroom Teacher:

I give my permission for my student to have cough drops in school.

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

## Estimado Padre / Tutor,

Llene la parte inferior de esta nota si desea que su hijo reciba pastillas para la tos en la escuela. La oficina de salud no suministra pastillas para la tos. Por favor envíe pastillas para la tos a la escuela en una bolsa etiquetada con el nombre de su hijo (preferiblemente la bolsa original). Su estudiante puede tener pastillas para la tos en su salón de clases y usarlas de acuerdo con las instrucciones del paquete; sin embargo, dependerá del maestro dónde se guardan las pastillas para la tos. No se recomienda el uso prolongado de pastillas para la tos. Se recomienda encarecidamente que su estudiante sea atendido por un proveedor de atención médica si su dolor de garganta o tos persiste, empeora o si tiene síntomas adicionales.

Por favor llame a la oficina de salud si tiene alguna pregunta.

Gracias,

Kayla Rogers, RN, PHN, LSN

Enfermera licenciada:

Kaposia Education Center: 651-457-9424

Lincoln Center Elementary: 651-288-5901

---

Fecha:

El nombre del estudiante:

Profesor de aula del estudiante: \_\_\_\_\_

Doy mi permiso para que mi estudiante tenga pastillas para la tos en la escuela.

Nombre del Padre de Familia / tutor: \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_