LEGACY EARLY COLLEGE
Pre-K through College

Legacy Early College
2026-2027 School Year

Permission for Administering Stock Medications at School

The following medications/treatments are kept in stock at all campuses and are offered as a courtesy to scholars and parents/guardians. Stock medications will be given as directed on the package.

_____ _____ _____
Scholar Name Grade Date of Birth

Allergies:_____

The above named scholar may receive the following stock medications **during the current school year**.

South Carolina state law requires parent/guardian permission before school health staff can provide any medication at school. All medications will be administered in compliance with school policy and according to label instructions. Parents/guardians will be contacted for any medications given.

Please *put a check mark* *by which medications/treatments* you would like to be available to your scholar. All medications will be administered according to label instructions and only for the indications listed below.

✅	MEDICATIONS AVAILABLE	INDICATIONS FOR USE
	Tylenol (Children and Adult)	*Headache with no fever, minor aches and pains*
	Ibuprofen (Children and Adult)	*Headache with no fever, minor aches and pains*
	Tums	*Upset stomach, indigestion*
	Mylicon	*Upset stomach, gas*
	Benadryl (Children and Adult)	*Mild/moderate allergic reaction (NOT seasonal allergies)*
	Calamine Lotion	*Bug bites, rashes, minor itching to small areas of skin*
	Menthol Cough Drops	*Cough or sore throat*
	Petroleum jelly/Vaseline	*Chapped lips, noses, dry skin, minor wounds*
	Lubricating Eye Drops	*Eye irritation*
	Cortisone or Benadryl Cream	*Bug bites/rashes with moderate to severe itching over a small area of skin*

When would you like to be contacted when your scholar needs medication from the school supply? (✅ *one*):

- ☐ AFTER any stock OTC medications are given to this scholar (the nurse will send a notification via text or email)
- ☐ BEFORE any stock OTC medications are given to this scholar. ***If unable to reach a parent/guardian, it is:***
  - ☐ **NOT OK** to give the medication to this scholar
  - ☐ **OK** to give the medication to this scholar *(the nurse will send notification via text or email after the medication is given)*

As the parent or guardian of the above-mentioned scholar, I will keep the school aware of any changes in medication(s) or health concerns for my child.

I hereby give permission to designated school personnel to give approved medications to my child during the school day, according to the written instructions shown on this form.

I hereby give permission to designated school personnel to notify other appropriate school personnel and classroom teachers of medication administration and possible adverse effects of the medication.

I further agree to hold Legacy Early College, and the employee(s) who is (are) administering the approved medication harmless in any or all claims arising from the proper administration of this medication at school.

By signing below, I certify that my scholar has no allergies to the checked medications/treatments

_____ _____
Printed name of Parent/Guardian Phone Number

_____ _____
Signature of Parent/Guardian Date

Legacy Early College
2026-2027 Año escolar

Permiso para administrar medicamentos de stock en la escuela

Los siguientes medicamentos/tratamientos se mantienen en existencia en todos los campus y se ofrecen como cortesía a los estudiantes y padres/tutores. Los medicamentos en stock se administrarán según las instrucciones del paquete.

_____ _____ _____
Nombre del estudiante Grado Fecha de nacimiento

Alergias:_____

El estudiante mencionado anteriormente podría recibir los siguientes medicamentos de reserva durante el presente año escolar.
La ley estatal de Carolina del Sur exige la autorización de los padres/tutores antes de que el personal de salud escolar pueda administrar cualquier medicamento en la escuela. Todos los medicamentos se administrarán de acuerdo con la política escolar y las instrucciones de la etiqueta. Se contactará a los padres/tutores para informarles sobre cualquier medicamento administrado.

Por favor *marque qué medicamentos/tratamientos* le gustaría estar disponible para su estudiante. Todos los medicamentos se administrarán según las instrucciones de la etiqueta.

✅	MEDICAMENTOS DISPONIBLES	INDICACIONES DE USO
	Tylenol (niños y adultos)	*Dolor de cabeza sin fiebre, dolores y molestias leves.*
	Ibuprofeno (niños y adultos)	*Dolor de cabeza sin fiebre, dolores y molestias leves.*
	Tums	*Malestar estomacal, indigestión*
	milicon	*Malestar estomacal, gases*
	Benadryl (Niños y Adultos)	*Reacción alérgica leve/moderada (NO alergias estacionales)*
	Loción de calamina	*Picaduras de insectos, erupciones cutáneas, picazón leve en áreas pequeñas de la piel.*
	Pastillas para la tos mentoladas	*dotos o dolor de garganta*
	Vaselina/vaselina	*Labios agrietados, narices, piel seca, menor heridas*
	Gotas lubricantes para los ojos	*Irritación de los ojos*
	Crema de cortisona o Benadryl	*Picaduras de insectos/erupciones con picazón moderada a intensa en una pequeña zona de la piel*

¿Cuándo le gustaría que lo contactemos cuando su estudiante necesite medicamentos del material escolar? (✅ *uno*):

- ☐ DESPUÉS de que se le administre a este estudiante cualquier medicamento de venta libre disponible (la enfermera le enviará una notificación por mensaje de texto o correo electrónico)
- ☐ ANTES de que se le administre a este académico cualquier medicamento de venta libre disponible. ***Si no puede comunicarse con un padre/tutor, es:***
  - ☐ **NO ESTÁ BIEN** para darle la medicación a este erudito
  - ☐ **DE ACUERDO** para darle la medicación a este erudito *(la enfermera enviará una notificación por mensaje de texto o correo electrónico después de administrar el medicamento)*

Como padre, madre o tutor del estudiante mencionado anteriormente, mantendré a la escuela informada sobre cualquier cambio en la medicación o cualquier problema de salud de mi hijo/a.

Por la presente, autorizo al personal escolar designado a administrar los medicamentos aprobados a mi hijo/a durante la jornada escolar, de acuerdo con las instrucciones escritas que se incluyen en este formulario.

Por la presente, autorizo al personal escolar designado a notificar al personal escolar correspondiente y a los docentes sobre la administración de medicamentos y sus posibles efectos adversos.

Además, acepto eximir de responsabilidad a Legacy Early College y al/los empleado/s que administren el medicamento aprobado ante cualquier reclamación derivada de la administración correcta de este medicamento en la escuela.

Al firmar a continuación, certifico que mi hijo/a no tiene alergias a los medicamentos/tratamientos marcados.

_____ _____
Nombre impreso del padre/tutor Número de teléfono

_____ _____
Firma del padre/tutor Fecha