



Coordinated Student Health Services

Autorização para Porte e Autoadministração de Medicamento de Venda Livre para Dor de Cabeça Ano Letivo 2026-2027

Nome do(a) Estudante: _____ Data de Nascimento: _____

Nome do Pai/Mãe ou Responsável: _____ Telefone: _____

Nome do Medicamento: _____

Conforme o Estatuto da Flórida 1002.20, o(a) estudante pode portar e utilizar, por conta própria, medicamentos destinados ao alívio de dores de cabeça durante o período em que estiver na escola ou participando de atividades escolares, sem necessidade de atestado ou prescrição médica, desde que o medicamento seja aprovado pela FDA (Administração de Alimentos e Medicamentos dos EUA) para uso sem prescrição.

Para que seu filho(a) possa portar e administrar por conta própria um medicamento de venda livre para dor de cabeça, este documento deve ser devidamente preenchido e arquivado na enfermaria da escola. Caso contrário, não será permitido que o(a) estudante carregue ou utilize o medicamento por conta própria. Essa exigência visa garantir a segurança do seu filho(a) e dos demais estudantes.

A ser preenchido pelo Pai/Mãe ou Responsável:

Solicito que meu/minha filho(a) _____ tenha permissão para portar consigo o medicamento mencionado acima, pois o(a) considero responsável para tal.

Meu/minha filho(a) foi orientado(a) e compreende o propósito, o método adequado, a frequência e o uso correto do medicamento.

Ele(a) entende que é responsável e deve prestar contas pelo porte e uso do próprio medicamento.

Meu/minha filho(a) reconhece e concorda que o medicamento é de uso exclusivo e que não deverá compartilhá-lo nem permitir que outros estudantes o utilizem. Ele(a) está ciente de que qualquer violação dessa regra constitui infração ao Código de Conduta do Estudante, podendo resultar em medidas disciplinares.

Meu/minha filho(a) se compromete a notificar imediatamente um funcionário das Escolas Públicas do Condado de Broward caso outro estudante use seu medicamento.

Entende-se que, em caso de comportamento irresponsável ou risco à segurança, o privilégio de portar o medicamento poderá ser revogado.

Compreendo e reconheço que as Escolas Públicas do Condado de Broward não assumem qualquer responsabilidade pela guarda, armazenamento, dosagem, substituição em caso de perda ou dano, ou administração do medicamento do(a) estudante mencionado(a).

Além disso, concordo em indenizar e isentar de responsabilidade o Distrito Escolar do Condado de Broward, seus funcionários e voluntários, por qualquer responsabilidade decorrente do uso ou uso indevido do referido medicamento pelo(a) estudante, conforme previsto no estatuto 1002.20(3)(p) da Flórida.

Assinatura do Pai/Mãe ou Responsável: _____ Data: _____

Assinatura do(a) Estudante: _____ Data: _____