

Школьный округ Ла-Сентр

Самостоятельное ношение/самостоятельный прием лекарств

Отказ от ответственности

_____ Учебный год

По всем вопросам обращайтесь к школьной медсестре:

ES: 360-263-2134 Факс: 360-263-2133

Моб. тел.: 360-263-2136 Факс: 360-263-5936

HS: 360-263-1700 Факс: 360-263-1705

Имя студента: _____

Дата рождения: _____

Школа: _____

Оценка: _____

Эту форму необходимо заполнять каждый учебный год для всех учеников, которым разрешено самостоятельно носить и/или самостоятельно принимать лекарства в школе. Для получения дополнительной информации см. процедуру 3416P.

Я прошу, чтобы моему ребенку разрешили самостоятельно носить и/или самостоятельно принимать лекарства, необходимые в школе. Мой ученик и я понимаем ответственность за самостоятельное ношение лекарств в школе и признаем, что школа не будет отслеживать соблюдение, истечение срока годности или назначенную дозу.

Я согласен оградить от ответственности и защищать школу и должностных лиц, сотрудников и агентов школьного округа Ла-Сентер от всех претензий, судебных решений или обязательств, возникающих в связи с самостоятельным приемом и ношением лекарств моим учеником.

Нижеподписавшиеся родители/опекуны настоящим разрешают школьному округу Ла-Сентер разрешить указанному выше учащемуся самостоятельно носить и принимать лекарственные препараты, разрешенные его лечащим врачом в разрешении на прием лекарственных препаратов (или другой форме, предоставленной лечащим врачом).

Для учащихся в возрасте 18 лет и

старше: Мне 18 лет, и я подписываю эту форму от своего имени. Я соглашаюсь оградить от ответственности и возмещать убытки школе и должностным лицам, сотрудникам и агентам школьного округа La Center в связи со всеми претензиями, судебными решениями или обязательствами, возникающими в связи с моим самостоятельным приемом и/или ношением лекарств, как предписано и разрешено моим поставщиком медицинских услуг в Разрешении на прием лекарств (или другой форме, предоставленной моим поставщиком медицинских услуг).

Я понимаю, что:

- Моя подпись дает разрешение на обмен информацией между школьной медсестрой и медицинским учреждением.
- Поставщик относительно заказа лекарств.
- Я буду отслеживать сроки годности лекарств.
- Я буду предоставлять лекарства в оригинальной упаковке.

Округ настоящим уведомляет родителей/опекунов или взрослых студентов, что ни Округ, ни его сотрудники или агенты не несут никакой ответственности в результате какой-либо травмы, возникшей в результате самостоятельного приема или самостоятельной переноски лекарств студентом. Родители/опекуны/студент настоящим признают, что такой ответственности не существует, и от своего имени и от имени студента настоящим отказываются от любой такой ответственности. Кроме того, родители/опекуны/взрослые студенты соглашаются возместить ущерб и оградить Округ, его сотрудников и агентов от любых претензий, возникающих в результате самостоятельного приема или самостоятельной переноски лекарств.

_____ Дата: _____

Подпись родителя/опекуна или учащегося в возрасте 18 лет и старше