 Form JGCD-7

*Portuguese*

**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSPORTAR**

**MEDICAMENTOS NÃO PRESCRITOS**

Preencha este formulário para permitir que os alunos do ensino fundamental e médio carreguem certos medicamentos de venda livre (OTC). Alunos do ensino fundamental I (séries K-5) podem carregar pastilhas de tosse para a garganta. Os alunos do ensino fundamental II (6ª a 8ª séries) podem carregar certos medicamentos (OTC): Tylenol, paracetamol, Motrin, Advil, ibuprofeno, Midol, aspirina, antiácido, pastilhas para tosse e garganta e anti-histamínicos orais. Todos os medicamentos prescritos, medicamentos para tosse e resfriado (exceto pastilhas), anti-histamínicos e medicamentos (OTC) não listados acima devem ser mantidos na clínica. O aluno e os pais/responsáveis serão responsáveis pelo seguinte:

1. Obter, ler e assinar este formulário de permissão por escrito antes que o aluno possa portar a medicação.
2. Ter certeza que o medicamento esteja em sua embalagem original e rotulado de forma legível com o nome completo do aluno.
3. Lembrar ao aluno que ele não tem permissão para dar sua medicação a outros alunos.
4. Ter certeza que a enfermeira da escola tenha uma cópia deste formulário de permissão assinado arquivado na clínica e que o aluno carregue uma cópia do formulário assinado com o medicamento.

|  |  |
| --- | --- |
| Data: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Estudante: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do medicamento: |  |

**Eu, por meio deste, libero e dispenso e concordo em indenizar, isentar ou reembolsar o Conselho de Educação do Condado de Cobb, o Distrito Escolar do Condado de Cobb, seus funcionários, agentes, representantes e todos os outros funcionários, de todas e quaisquer reivindicações, ações, processos, perdas, custos, despesas e responsabilidade em caso de acidente ou qualquer outro contratempo devido a negligência na administração de tal medicamento ou por causa de efeitos colaterais, doença ou qualquer outra lesão que possa ocorrer ao meu filho através da administração de tal medicação. E, por meio deste, libero o referido conselho, distrito e funcionários de qualquer responsabilidade, processo ou reclamação de qualquer natureza e tipo, que possa surgir como resultado da administração do medicamento de acordo com esta solicitação. Aceito a responsabilidade legal por meu filho caso a medicação acima seja perdida, administrada ou tomada por uma pessoa que não seja o aluno mencionado acima. Se isso acontecer, o privilégio de portar medicamentos será revogado. Além disso, libero o Distrito Escolar do Condado de Cobb e seus funcionários de qualquer responsabilidade legal quando o aluno acima administra sua própria medicação.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Assinatura dos Pais/Responsáveis

**Eu entendo quanto e quando tomar o medicamento mencionado acima. Não permitirei que outro aluno tome minha medicação em hipótese alguma. Também entendo que, caso outro aluno tome minha medicação, o privilégio de portar minha própria medicação será retirado e estarei sujeito às consequências especificadas no código de conduta.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Assinatura do Aluno

Eu vi o frasco de medicamento rotulado acima e tenho uma cópia deste formulário de permissão.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Assinatura da Enfermeira Escolar

***A medicação não deve estar vencida\*\*\****