

# **Distrito Escolar Unificado Livermore Valley**

## **Permiso para asistir con medicación a la escuela durante el horario escolar**

De acuerdo con la Sección 49423 del Código de Educación, autorizo al docente, director/a, enfermero/a escolar, funcionario/a de la salud o al miembro del personal escolar designado a administrar medicación a mi hijo/a según las instrucciones de la receta proporcionada por el proveedor de salud autorizado.

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado/Docente: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

### ENTIENDO Y ACUERDO LO SIGUIENTE:

1)