

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)