



Boston Renaissance Charter School
Consentimento para administrar medicamentos de venda livre na escola

Para que a medicação sem receita seja dada ao(s) seu(s) filho(s) durante o horário escolar, este formulário precisa ser preenchido pelos pais/responsáveis. Por favor, preencha e devolva à enfermeira da escola do seu filho.

Nome da criança: _____ Série em setembro: _____

Informações

Pais/responsáveis: _____ Pais/responsáveis: _____

Telefone: _____ Telefone: _____

Consentimento dos pais/responsáveis

A enfermeira da escola tem minha permissão para usar os seguintes medicamentos de venda livre:

Por favor, rubrique cada medicamento dando sua permissão

___ Bacitracina

___ Caladryl

___ Hidrocortisona 1% Pomada

___ Vaselina

___ Aquaphor

___ Lubriderm

___ Eucerin

Observe que o acima medicamentos tópicos de venda livre podem ser administrados pela equipe do escritório de saúde e são supervisionados pela enfermeira da escola.

Assinatura dos pais/responsáveis Nome impresso dos pais/responsáveis _____
Data