

PARENT AUTHORIZATION FORM FOR NON-PRESCRIPTION MEDICATION FOR GRADES 6-12

Medication should be administered at home rather than at school whenever possible.

Due to WI Act 160, all non-prescription medications brought to school, MUST be in the original manufacturer's bottle/packaging to be acceptable.

Parent/Guardian please complete:

Date: _____

Student: _____ D.O.B.: _____

Address: _____ Phone: _____

School: _____ Grade: _____

Non-prescription meds:	Recommended dose:	To treat for:
1.		
2.		
3.		

This permission valid for

- Current School Year
- Other _____

I agree with the School District of Beloit Self-Administration of Non-Prescription Medication Policy. I will assume all responsibility and accept all liability involved with the safe administration, transport and possession of such non-prescription medication. I have advised my child that they may NOT share this medication with other students.

I hereby give permission for school personnel to administer the above medication(s) to my child according to instruction label(s) and my instructions and authorize them to contact a practitioner if there is a question or concern.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

I understand that I am NOT to share my medications with any other students; and that I will act in a responsible manner regarding the possession of the above non-prescription medications.

Student Signature _____ Date _____

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES
PARA MEDICAMENTOS SIN RECETA PARA GRADOS 6-12**

En donde sea posible, los medicamentos se deben tomar en casa en vez de en la escuela.

Por razón del Acta de Wisconsin 160, para que se lo acepten en la escuela, es IMPRESCINDIBLE que todos los medicamentos sin receta estén en el envasado original del fabricante del medicamento.

Padre/Madre/Tutor, favor de llenar lo siguiente:

Fecha: _____

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Escuela: _____ Año (Grado): _____

Medicamentos sin receta:	Dosis recomendada:	Para el tratamiento de:
1.		
2.		
3.		

Se vale este permiso para

El Año Escolar Actual

Otro _____

Yo estoy de acuerdo con la Póliza de los Medicamentos No Recetados del Distrito Escolar de Beloit. Yo me encargaré y aceptaré toda responsabilidad involucrado con la administración segura, el transporte p la posesión de tales medicamentos sin receta. Le he avisado a mi hiiio(a) que **NO** comparta la medicina con los demás estudiantes.

Doy permiso para que el personal de la escuela administre los medicamentos mencionados anteriormente a mi hijo estoy de acuerdo con las instrucciones de medicamento y mis instrucciones, y les autorizo a que se comuniquen con un profesional si hay alguna pregunta o inquietud.

Firma del padre/la madre/el tutor _____ Fecha _____

Yo entiendo que **NO** voy a compartir los medicamentos con los demás estudiantes, y que me portaré en una manera responsable con respecto a la posesión de los medicamentos sin receta en la lista de arriba.

I understand that I am **NOT** to share my medications with any other students; and that I will act in a responsible manner regarding the possession of the above non-prescription medications.

Student Signature _____ Date _____