

Учебный Год: \_\_\_\_\_ Лекарство Годно До: \_\_\_\_\_

**СОГЛАШЕНИЕ, ЧТО УЧЕНИК МОЖЕТ НОСИТЬ С СОБОЙ ЛЕКАРСТВО  
(ЭКСТРЕННЫЕ ЛЕКАРСТВА: ИНГАЛЯТОРЫ, EPI-PENS)**

Имя Ученика: \_\_\_\_\_ Класс: \_\_\_\_\_ Дата Рождения: \_\_\_\_\_ Школа: \_\_\_\_\_  
Лекарство: \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_ Как принимать: \_\_\_\_\_  
Причина, по которой выписано лекарство: \_\_\_\_\_

**Подпись Лицензированного Поставщика Медицинских Услуг**

Этот учащийся способен и был проинструктирован о том, как самостоятельно носить и, если подходит, применять это лекарство в соответствии с инструкцией. Пожалуйста, позвольте ему/ей носить это лекарство с собой в школьные часы. В случае чрезвычайной ситуации этому учащемуся может потребоваться помощь сотрудника школы в приеме этого лекарства.

\_\_\_\_\_  
Подпись Лицензированного Доктора

\_\_\_\_\_  
Дата

**Разрешение Родителя/Опекуна**

Я, \_\_\_\_\_ даю разрешение, чтобы мой ученик \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ мог носить с собой экстренное лекарство, но потребуются помощь в его применении  
\_\_\_\_\_ мог носить с собой и самостоятельно принимать экстренное лекарство

Как родитель/опекун этого учащегося, я беру на себя ответственность за любые побочные реакции, которые это лекарство может вызвать у моего ребёнка. Я понимаю, что школа и её сотрудники не несут ответственности за любые травмы, возникшие в результате хранения моим учеником этого лекарства и/или его самостоятельного приема. Я понимаю, что я должен предоставить школе дополнительное лекарство для экстренной помощи, которое будет храниться в школе в месте, доступном в случае экстренной ситуации.

Я разрешаю школе и поставщику медицинских услуг моего ученика общаться и передавать любые необходимые формы по факсу. Я понимаю, что школа не может гарантировать конфиденциальность факс-аппарата.

\_\_\_\_\_  
Подпись Родителя/Опекуна

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Телефон Родителя/Опекуна

**Согласие Ученика (должно быть подписано вместе со школьной медсестрой)**

Я могу носить это лекарство в соответствии с инструкциями и принимаю на себя эту ответственность. Я всегда буду хранить его в безопасности и не буду делиться им с другими. Я сообщу сотруднику школы, когда оно будет использовано. Если я не смогу самостоятельно принять лекарство для экстренной помощи, я сообщу об этом сотруднику школы. Я понимаю, что если я не буду следовать приведенным выше рекомендациям, я могу потерять право носить это лекарство с собой.

\_\_\_\_\_  
Подпись Ученика

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись Школьной Медсестры

\_\_\_\_\_  
Дата

Пересмотрено 7/7/22