

**OUTDOOR EDUCATION MEDICATION PERMISSION  
NAPERVILLE SCHOOL DISTRICT 203**

NOMBRE DE ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_

Solicito por este medio que el distrito 203 de Naperville/Camp Manitoqua los empleados de la plaza fuerte administre o supervise la administración de la medicación a mi niño de acuerdo con la rutina descrita debajo de las pautas para la administración de la medicación en el distrito 203 de la escuela de Naperville.

Lanzo por este medio el distrito 203/Camp Manitoqua los empleados de la plaza fuerte, administradores u otros partidos de la unidad de cualquier responsabilidad por cualquier lesión o daño que sea de \_\_\_\_\_ sufrido como resultado del acuerdo de honrar esta petición. Acuerdo indemnizar y sostener inofensivo el distrito de la escuela de Naperville/Camp Manitoqua la plaza fuerte de cualquier demanda legal o de otras tentativas de adquirir la remuneración, incluyendo daños y honorarios legales y médicos, siempre que estas entidades hayan actuado de acuerdo con la información proporcionada por el médico de mi niño.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PADRE/GUARDA                  FECHA

		For Staff Use Only				
		M	T	W	Th	F
Name of Medication	_____					
Dosage _____	Times Taken _____					
Reason for Medication						
Name of Medication	_____					
Dosage _____	Times Taken _____					
Reason for Medication						
Name of Medication	_____					
Dosage _____	Times Taken _____					
Reason for Medication						
Name of Medication	_____					
Dosage _____	Times Taken _____					
Reason for Medication						
Name of Medication	_____					
Dosage _____	Times Taken _____					
Reason for Medication						

\_\_\_\_\_  
**PHYSICIAN'S SIGNATURE / LICENSED PRESCRIBER'S NAME**                  **DATE**                  **PHONE**

**PHYSICIANS: PLEASE VOID OUT UNUSED SPACES**