



ZAŁOŻENIA POLITYKI DOTYCZĄCEJ LEKÓW NA ASTMĘ/AUTOMATYCZNEGO WSTRZYKIWACZA EPINEFRYNY

W szkole: _____

Data: _____

Szanowny rodzicu lub opiekunie,

Szkoła _____ otrzymała prośbę o zezwolenie na samodzielne zażywanie leku
_____, leku na astmę, przez dziecko _____.
_____, automatyczny wstrzykiwacz epinefryny, dla dziecka _____.

Prawo stanowe wymaga informowania na piśmie rodziców lub opiekunów uczniów o tym, że Glenview Dystrykt Szkolny 34 i jego pracownicy oraz przedstawiciele nie ponoszą odpowiedzialności, z wyjątkiem działań rozmyślnych i niesprowokowanych, za jakiegokolwiek obrażenia powstałe w wyniku samodzielnego zażycia leku przez ucznia.

Zanim zezwolimy Państwa dziecku, _____ na samodzielne zażywanie leku, muszą Państwo podpisać i zwrócić kopię niniejszego dokumentu.

Zgoda na samodzielne zażywanie leku obowiązuje w roku szkolnym, w którym była udzielona i będzie odnawiana w każdym kolejnym roku szkolnym po spełnieniu podanych powyżej wymogów. Uczeń wymagający automatycznego wstrzykiwacza epinefryny, lub który choruje na astmę, może posiadać i używać swojego leku na terenie szkoły lub w trakcie zajęć organizowanych przez szkołę, będąc pod nadzorem personelu szkoły, bądź przed lub po normalnych zajęciach szkolnych, jak na przykład podczas opieki przed rozpoczęciem lub po zakończeniu zajęć, na terenie szkoły. Zalecamy, aby zapewnili Państwo dodatkową dawkę leku do przechowywania w szkole, na wypadek gdyby dziecko zapomniało lub zgubiło swój lek.

Ja, _____ rodzic lub opiekun _____, wyrażam zgodę na to, że Glenview Dystrykt Szkolny 34 lub szkoła _____ i jej pracownicy oraz przedstawiciele nie będą ponosić odpowiedzialności, z wyjątkiem działań rozmyślnych i niesprowokowanych, za jakiegokolwiek obrażenia powstałe w wyniku samodzielnego zażycia leku przez określonego wyżej ucznia. Zabezpieczę i zwolnię z odpowiedzialności dystrykt szkolny lub szkołę publiczną bądź niepubliczną oraz jej pracowników i przedstawicieli za wszelkie roszczenia, z wyjątkiem roszczeń powstałych w wyniku działań rozmyślnych i niesprowokowanych, wynikające z samodzielnego zażycia leku przez ucznia.

Podpis rodzica/opiekuna: _____ Data: _____

Świadek: _____ Data: _____
Dyrektor szkoły, lekarz urzędowy lub osoba wyznaczona przez szkołę