



천식 약물/에피네프린 자동 주사기에 대한 정책

학교: _____

날짜: _____

부모 또는 보호자 귀하,

_____ 학교는 귀하의 자녀 _____의 천식 약물
_____의 자가 관리 요청을 받았습니다.

자녀 _____의 에피네프린 자동 주사기 _____.

주 법률에 따라 글렌뷰 학군 #34 및 교직원과 에이전트는 학생의 자가 약물 투입으로 발생하는 상해에 대해
의도적 및 악의적 행위인 경우를 제외하고 책임을 지지 않는다는 사실을 서면으로 학생의 부모 또는
보호자에게 통보해야 합니다.

본교가 학생 _____의 자가 약물 투입을 허용하려면 본 문서에 서명하여 제출해
주실 것을 요청해야 합니다.

약물의 직접 복용 허가는 허가된 해당 학년 동안 유효하며 위에서 설명하는 요구 사항을 충족시키려면 매
학년마다 갱신해야 합니다. 에피네프린 자동 주사기가 필요하거나 천식이 있는 학생은 학교 내, 학교 후원
활동 중, 학교 교직원의 감독 하에 있을 때 또는 학교에서 운영하는 시설의 수업 전 또는 방과 후 과정 등과
같은 정상 학교 활동 이전 또는 이후에 자신의 약물을 소지하고 사용할 수 있습니다. 귀하의 자녀가 자신의
약물을 잊거나 잃어버린 경우 약물의 추가 복용을 위한 분량을 학교에 보관하도록 하는 것이 좋습니다.

_____의 부모 또는 보호자인 본인

_____은(는), 위 학생의 자가 약물 투여로 인해 발생하는 모든 상해에 대해
의도적이고 악의적 행위인 경우 이외에는 글렌뷰 학군 #34 또는 _____학교와 해당
교직원 및 에이전트에게 책임이 없음을 인지합니다. 학생의 자가 약물 투여로 인해 발생하는 어떠한 청구에
대해, 의도적 및 악의적 행위에 기반한 청구를 제외하고, 학군이나 공립 또는 사립 학교 및 해당 교직원과
에이전트에게 해가 없도록 하며 책임을 면제하겠습니다.

부모/보호자 서명: _____ 날짜: _____

입회인: _____ 날짜: _____

학교장, 건강 담당자 또는 학교 피지정인