



Permiso Médico para la Banda de la Escuela Secundaria Sherando
Año escolar 2025-2026

Nombre del Estudiante: _____

Si los directores o acompañantes consideran necesario durante los viajes de la banda, se le puede administrar a mi hijo/a medicamentos de venta libre apropiados, como analgésicos, antihistamínicos, descongestionantes, alivio para el malestar estomacal, etc. (Por favor, inicie.)

_____ SÍ _____ NO

Si la respuesta es sí, mi hijo/a NO debe recibir los siguientes medicamentos de venta libre:

En el caso poco común de una emergencia o preocupación, puede ser necesario buscar tratamiento médico de emergencia para su estudiante. Al firmar a continuación, usted otorga a los directores, personal y acompañantes adultos la autoridad para obtener cualquier servicio médico que los médicos presentes consideren inmediatamente necesario, y acepta ser responsable financieramente por cualquier gasto incurrido. Los directores, el personal y los acompañantes usarán su mejor criterio y actuarán en el mejor interés de la buena salud del estudiante y del grupo.

Nombre del Padre/Madre:

Firma del Padre/Madre:

Fecha: _____