

Parental Consent and Liability Release for Medication

I am the parent or legal guardian authorized to act on behalf of my child

_____ (child's name).

I hereby give _____ my permission to:

- Pick up the following medication(s) for my child:

- Deliver the medication(s) to:

- Other: _____

This consent shall be valid for one-year from the date signed unless I cancel it earlier. I release the Tulsa City-County Health Department and my child's school from any and all liability in connection with the IAK program, including the pick-up and delivery of medications. I have carefully read this Parental Consent and Liability Release and understand its contents.

Parent/Guardian Signature

Date

El Consentimiento y la Obligación paternaes Sueltan para la Medicina

Yo soy el padre, madre o tutor legal y estoy autorizado para actuar en nombre de mi hijo

_____ (nombre de niño/a).

Le concede a _____ mi permiso para:

- Recoger los siguientes medicamento(s) para mi niño/a:

- Llevar el medicamento(s) a:

- Otro: _____

Esta autorización será válida por un año a partir de la fecha de la firma al menos que lo cancele antes.

Alivie el Departamento de la Salud de Ciudad-Condado de Tulsa y la escuela de mi niño de cualquier y toda la obligación con respecto al programa de IAK, para incluir para obtiene y para entregar las medicinas. He leído con atención este comunicado de consentimiento de los padres y entiendo su contenido.

Firma del padre/madre.

Fecha