

# WEST CHESTER AREA SCHOOL DISTRICT

No. 121AG7

ADMINISTRATIVE GUIDELINE  
APPROVED: August 1, 2015  
REVISED:

DELEGACIÓN de la AUTORIDAD de los PADRES DURANTE UN PASEO de CLASE 121AG7  
**(SOLO PARA GRADOS 6° AL 12°)**  
*(Completar y devolver al maestro(a) del estudiante)*

Paseo de clase: \_\_\_\_\_ Fecha del viaje: \_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Homeroom: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre/tutor legal (en imprenta): \_\_\_\_\_

Yo soy el padre, madre o tutor legal del estudiante arriba mencionado. (La fecha de nacimiento debe anotarse en el espacio de arriba). Mi hijo(a) ha sido diagnosticado(a) con \_\_\_\_\_ y está en tratamiento a cargo de \_\_\_\_\_ M.D. quien le ha recetado \_\_\_\_\_.

Mi hijo(a) es responsable por la auto-administrarse este tratamiento. Mi hijo(a) es suficientemente competente y maduro(a) para comprender y para implementar este régimen de tratamiento como se indica en la reglamentación de medicamentos del Distrito escolar del área de West Chester (121AG6).

Por este medio delego mi autoridad como padre, madre o tutor legal de mi hijo(a) al Distrito escolar del área de West Chester, a personal designado por el mismo y a sus agentes para que autoricen a mi hijo(a) a auto-administrarse el régimen de tratamiento durante el viaje arriba mencionado auspiciado por la escuela. Yo entiendo y acepto que la enfermera de la escuela no estará presente en ningún momento durante esta actividad y que el docente a cargo será responsable por el medicamento antes y después de que mi hijo(a) se lo auto-administre.

\_\_\_\_\_  
Firma y número de teléfono del  
PADRE, MADRE o TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
Fecha