

MEDICAL RELEASE FORM

By signing this form, I authorize Walden School of Liberal Arts to administer regular first aid if deemed appropriate. This may include, but is not limited to:

- Minor first aid administered by office staff.
- Calling an ambulance.
- Allowing a doctor or hospital to administer necessary medical treatment.

I understand that it is my responsibility to fill out the Medication Authorization Form and return it to the school if my child takes medication that needs to be administered at school. This form is available for you to pick up at the front office.

Parent Signature_____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA

Al firmar este formulario, autorizo a la Escuela de Artes Liberales Walden a administrar primeros auxilios básicos si se considera apropiado. Esto puede incluir, entre otros:

- Primeros auxilios menores administrados por el personal de la oficina.
- Llamar a una ambulancia.
- Permitir que un médico u hospital administre el tratamiento médico necesario.

Entiendo que es mi responsabilidad completar el Formulario de Autorización de Medicamentos y devolverlo a la escuela si mi hijo(a) toma medicamentos que deban administrarse en la escuela. Este formulario está disponible para recoger en la oficina principal.

Firma del Padre/Madre o Tutor(a) _____