

---Manor ISD Travel and Medication Authorization Form---

---Manor New Tech High School **TITAN REGIMENT**---

Participation in this program requires frequent travel for school events during the school year. Please provide the following information to be kept on file and update the information as needed.

Student Name: _____

I hereby give permission for my son/daughter to travel on transportation provided by Manor ISD to ALL Band functions during the _____ school year.

Allergies* (Drug, Food, Other): _____

Medical Conditions* (Asthma, Contacts etc.): _____

***Please enter "NONE" if your student has no known allergies or medical conditions.**

Non-Prescription/Over-the-Counter (OTC) Medication Authorization

If available, a First Aid kit, with approved OTC items, may be provided for minor ailments.

(Initial) ___ I do not give consent to staff to administer any non-prescription medication to my student.

(Initial) ___ I hereby give my consent to MISD staff to administer the non-prescription medications to my student as initialed below:

*(Please **initial** next to each medication that can be administered:)*

Acetaminophen _____ Ibuprofen _____ Antihistamine _____ Decongestant _____

Sore Throat Lozenges _____ Antacids _____ Anti-Diarrheal _____ Electrolyte _____ Menstrual Pain Reliever _____

I hereby certify that my student has no known drug allergies _____ (initial).

Prescription Authorization

I request that MISD staff administer the medication(s) listed below to my student according to the physician's instructions. I agree to furnish an adequate amount of medication in the original container at the time of travel.

Medication(s): _____

Note: Medications may be updated and/or added at the time of travel if necessary. Additional forms may be attached as needed. Medications will be administered according to the physician's instructions on the original container.

Parent/Guardian Name (Print): _____

Phone (Cell): _____ **(Work):** _____

Additional Emergency Contact Name(Print): _____

Phone(Cell): _____ **(Work):** _____

Parent/Guardian Signature: _____

Note: Under the Texas Tort Claims Act school districts have governmental immunity and are not liable for injuries that are not a direct result of negligent operation or use of a motor vehicle.

La participación en este programa requiere viajes frecuentes para eventos escolares durante el año escolar. Por favor, proporcione la siguiente información para que se mantenga en el archivo y actualice la información según sea necesario.

Nombre del Estudiante: _____

Por la presente doy permiso para que mi hijo/a viaje en el transporte proporcionado por Manor ISD a TODAS las funciones de la Banda durante el año escolar _____.

Alergias* (medicamentos, alimentos, otros): _____

Condiciones Médicas* (Asma, Contactos, etc.): _____

*Por favor ingrese "NINGUNO" si su estudiante no tiene alergias o condiciones médicas conocidas.

Autorización de medicamentos sin receta/de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)

Si está disponible, se puede proporcionar un botiquín de primeros auxilios, con artículos aprobados de venta libre, para enfermedades menores.

(Inicial) ___ No doy consentimiento al personal para administrar cualquier medicamento sin receta a mi estudiante.

(Inicial) ___ Yo doy mi consentimiento para que el personal de MISD administre los medicamentos sin receta a mi estudiante como se indica a continuación:

(Por favor ponga sus iniciales al lado de cada medicamento que pueda ser administrado:)

Acetaminofén _____ Ibuprofeno _____ Antihistamínico _____ Descongestionante _____ Descongestionante

Pastillas para el dolor de garganta _____ Antiácidos _____ Anti-Diarrea _____ Electrolitos _____ Analgésicos para la menstruación _____ Dolor en la garganta

Por la presente certifico que mi estudiante no tiene ninguna alergia conocida a medicamentos _____ (inicial).

Autorización de prescripción

Solicito que el personal de MISD administre a mi estudiante los medicamentos listados a continuación de acuerdo a las instrucciones del médico. Estoy de acuerdo en proporcionar una cantidad adecuada de medicamento en el envase original en el momento del viaje.

Medicamentos: _____

Nota: Los medicamentos pueden ser actualizados y/o añadidos en el momento del viaje si es necesario. Se pueden adjuntar formularios adicionales según sea necesario. Los medicamentos se administrarán de acuerdo con las instrucciones del médico en el envase original.

Nombre del Padre/Guardián (en letra de molde): _____

Teléfono (Celular): _____ (Trabajo): _____

Nombre de contacto de emergencia adicional (en letra de imprenta): _____

Teléfono(Celular): _____ (Trabajo): _____

Firma del padre/tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____ Firma del padre/tutor

Nota: Bajo la Ley de Reclamaciones por Agravios de Texas, los distritos escolares tienen inmunidad gubernamental y no son responsables por lesiones que no sean resultado directo.