

## PERMISSION FOR OVER-THE-COUNTER PRODUCTS

Listed below are some common over-the-counter products that might be used for your child at school. These products have been approved by the Santa Clara County Office of Education medical consultant for use during the school day. School staff cannot apply these products without your annual written permission.

If you wish to have any additional products (not listed on this form) used during the school day, you will need to obtain written authorization from your child's personal medical doctor and provide written parent permission.

Student Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

**My child does not have a known allergic reaction to any of the products I have *checked* below. I give permission for school staff to use the following products (*checked* below) on my child when and if needed during the school day:**

- Sunscreen/ Sunblock lotion or cream (Please send in original container labeled with your child's name)
- Diaper Wipes (Product is provided by the school)
- Perineal wash for incontinence care (Product is provided by the school)
- Alcohol-Based Hand Sanitizer (Product is provided by the school)

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## PERMISO PARA PRODUCTOS DE VENTA SIN RECETA MÉDICA

A continuación se enlistan algunos productos comunes de venta sin receta médica que pueden ser utilizados para su hijo/a en la escuela. Estos productos han sido aprobados por el asesor médico de la Oficina de Educación del Condado de Santa Clara para su uso durante el día escolar. El personal escolar no puede aplicar estos productos si no se completa una forma anual que indique que usted da su permiso para hacerlo.

Si usted desea que productos adicionales (que no están alistados en esta forma) sean usados durante el día escolar, tendrá que obtener la autorización por escrito del médico personal de su hijo/a y proporcionar el permiso por escrito de los padres.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Mi hijo/a no tiene reacción alérgica conocida de ningún producto de los que *marqué* a continuación. Doy mi permiso para que el personal de la escuela use los siguientes productos (*marcados a continuación*) en mi hijo/a siempre y cuando sea necesario durante el día escolar:**

- Loción o crema de protección/ bloqueador solar (Por favor envíe el envase original etiquetado con el nombre de su hijo/a)**
- Toallitas húmedas (wipes) - (Producto proporcionado por la escuela)**
- Solución desinfectante para limpiar áreas privadas por motivo de incontinencia (Producto proporcionado por la escuela)**
- Desinfectante a base de alcohol (Producto proporcionado por la escuela)**

Firma de los Padres/Tutores: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_