

PERMISSION FOR MEDICATION ADMINISTRATION AT SCHOOL

Student Name: _____

School: _____

In order for the school to administer any prescription or over-the-counter medication to your child, you must provide the school with written orders from your child's healthcare provider. All medications must be provided in their original container and labeled with your child's name. Please return this form to:

Name: _____

Title: _____

Phone/e-mail: _____

By signing this form, I give permission for my child's healthcare provider to share information about the administration of this medication with the school staff delegated to administer medications. I further authorize the school personnel delegated to administer medications to administer the medication(s) identified in the following section in accordance with my healthcare provider's instructions.

Parent/guardian's signature: _____

Printed name of parent/guardian: _____

Date: _____

This section must be completed by your healthcare provider

HEALTHCARE PROVIDER AUTHORIZATION

CHILD'S NAME:

Birth date:

Medication:

Dosage:

Route:

Administration time(s):

Start Date:

End Date:

Special instructions:

Any side effects to reported:

Signature of healthcare professional with prescriptive authority: _____

Printed name of healthcare professional: _____

Phone/e-mail: _____

Date: _____

ДОЗВІЛ НА ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИКАМЕНТІВ У ШКОЛІ

Прізвище, ім'я учня: _____

Школа: _____

Для застосування будь-яких рецептурних/безрецептурних препаратів під час шкільних занять адміністрації необхідно отримати письмове розпорядження від лікаря Вашої дитини. Усі препарати повинні бути в оригінальній упаковці з етикеткою, на якій вказано ім'я та прізвище дитини. Поверніть форму:

Прізвище, ім'я: _____

Посада: _____

Телефон / електронна пошта: _____

Своїм підписом я даю згоду на розкриття лікарем моєї дитини інформації про медичні препарати, які приймає дитина, членам персоналу, відповідальним за застосування медикаментів у школі. Я також дозволяю уповноваженим членам шкільного персоналу застосовувати нижчезазначені медикаменти відповідно до інструкцій мого лікаря.

Підпис батьків/опікунів: _____

Ім'я, прізвище одного з батьків/опікуна (друкованими літерами): _____

Дата: _____

This section must be completed by your healthcare provider / Розділ заповнюється лікарем

HEALTHCARE PROVIDER AUTHORIZATION / ДОЗВІЛ ЛІКАРЯ

CHILD'S NAME / ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я ДИТИНИ:

Birth date / Дата народження:

Medication / Назва препарату:

Dosage / Дозування:

Route / Лікарська форма:

Administration time(s) / Години прийому:

Start Date / Дата початку прийому:

End Date/ Кінцева дата прийому:

Special instructions / Особливі відмітки:

Any aide effects to reported / Побічні ефекти:

Signature of healthcare professional with prescriptive authority / Підпис лікаря, який має право виписувати рецепти:

Printed name of healthcare professional / Прізвище, ім'я лікаря (друкованими літерами):

Phone/e-mail / Телефон/електронна пошта: _____

Date / Дата: _____