

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: _____

AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS À L'ÉCOLE

Nom de l'élève :

École :

Pour que l'école puisse administrer des médicaments sur ordonnance ou en vente libre à votre enfant, vous devez fournir à l'école des ordonnances par écrit du prestataire de santé de votre enfant. Tous les médicaments doivent être fournis dans leur contenant d'origine et étiquetés au nom de votre enfant. Veuillez renvoyer ce formulaire à :

Nom :

Titre :

Téléphone/e-mail :

En signant ce formulaire, j'autorise le prestataire de santé de mon enfant à partager des informations sur l'administration de ce médicament avec le personnel de l'école délégué à l'administration des médicaments. J'autorise en outre le personnel de l'école délégué à l'administration des médicaments à administrer les médicaments identifiés dans la section suivante conformément aux instructions de mon prestataire de santé.

Signature du parent/tuteur :

Nom imprimé du parent/tuteur :

Date :

Cette section doit être remplie par votre prestataire de santé

AUTORISATION DU PRESTATAIRE DE SANTÉ

NOM DE L'ENFANT :

Date de naissance :

Traitement :

Posologie :

Voie :

Heure(s) d'administration :

Date de début :

Date de fin :

Consignes particulières :

Tout effet d'aide-mémoire à signaler :

Signature du professionnel de la santé ayant le pouvoir de prescrire :

Nom imprimé du professionnel de la santé :

Téléphone/e-mail :

Date :