

# 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: \_\_\_\_\_

## السماح بإعطاء الأدوية في المدرسة

اسم الطالب: \_\_\_\_\_

المدرسة: \_\_\_\_\_

من أجل تولي المدرسة إعطاء أي نوع من أنواع الأدوية أو الوصفات الطبية التي لا تحتاج إلى استشارة الطبيب لطفلكم، عليك أن تقدم طلب مكتوب للمدرسة من مقدم الرعاية الصحية لطفلكم. ويجب أن تقدم جميع الأدوية في عبواتها الأصلية ومدون عليها اسم طفلكم. يرجى إعادة هذه الاستمارة إلى:

الاسم: \_\_\_\_\_

المسمى الوظيفي: \_\_\_\_\_

الهاتف/ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

بتوقيعي على هذه الاستمارة، أعطي الأذن لمقدم الرعاية الصحية الخاص بطفلي بمشاركة المعلومات المتعلقة بإعطاء هذا الدواء مع موظفي المدرسة المفوضين بإعطاء الأدوية. كما أسمح لموظفي المدرسة المفوضين لإعطاء الأدوية بإدارة الأدوية الموضحة في القسم التالي وفقاً لتعليمات مقدم الرعاية الصحية.

توقيع الوالد/ ولي الأمر: \_\_\_\_\_

اسم الوالد/ ولي الأمر مطبوعاً: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

يجب على مقدم الرعاية الصحية لطفلكم إكمال هذا القسم

### إذن مقدم الرعاية الصحية

اسم الطفل: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

الدواء: \_\_\_\_\_

الجرعة: \_\_\_\_\_

طريقة تناول الدواء: \_\_\_\_\_

الأوقات المحددة لتناول الدواء: \_\_\_\_\_

تاريخ البدء: \_\_\_\_\_

تاريخ الإنهاء: \_\_\_\_\_

تعليمات خاصة: \_\_\_\_\_

أي آثار جانبية يتم الإبلاغ عنها: \_\_\_\_\_

توقيع أخصائي الرعاية الصحية المخول: \_\_\_\_\_

اسم أخصائي الرعاية الصحية مطبوعاً: \_\_\_\_\_

الهاتف/ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_