

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: _____

স্কুলে ওষুধ খাওয়ানোর বা প্রয়োগের অনুমতি প্রদান

শিক্ষার্থীর নাম: _____

স্কুল: _____

স্কুল যাতে আপনার সন্তানকে কোনো প্রেসক্রিপশন বা ওভার-দ্য-কাউন্টার ওষুধ খাওয়াতে বা প্রয়োগ করতে পারে, তারজন্য আপনাকে অবশ্যই আপনার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছ থেকে স্কুলকে লিখিত আদেশ প্রদান করতে হবে। সকল ওষুধ অবশ্যই তাদের আসল পাত্রে সরবরাহ করতে হবে এবং আপনার সন্তানের নামে লেবেলযুক্ত হতে হবে। দয়া করে নিম্নের ব্যক্তির কাছে এই ফর্মটি ফেরত দিন:

নাম: _____

পদবী: _____

ফোন/ইমেইল: _____

এই ফর্মটি স্বাক্ষরের মাধ্যমে, আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে এই ওষুধটি খাওয়ানোর বা প্রয়োগ করার তথ্য সেসকল স্কুল স্টাফের সাথে শেয়ার করার অনুমতি প্রদান করছি যাদেরকে ওষুধ খাওয়ানো বা প্রয়োগ করার জন্য নিয়োগ দেওয়া হয়েছে। আমি আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর নির্দেশাবলী অনুসারে নিম্নলিখিত বিভাগে চিহ্নিত ওষুধগুলি পরিচালনা করার জন্যও ওষুধ পরিচালনার জন্য অর্পিত স্কুল কর্মীদের অনুমতি দিলাম।

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের প্রিন্ট নাম: _____

তারিখ: _____

এই সেকশনটি অবশ্যই স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী কর্তৃক সম্পন্ন করতে হবে

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর অনুমোদন

শিশুর নাম:

জন্মদিন:

ওষুধ:

ডোজ:

প্রয়োগের মাধ্যম (Route):

প্রয়োগের সময়:

শুরুর তারিখ:

শেষ হওয়ার তারিখ:

বিশেষ নির্দেশনা:

পরিষ্কৃত কোন সাইড এফেক্ট:

যথাযথ কর্তৃপক্ষের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর স্বাক্ষর: _____

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর প্রিন্ট নাম: _____

ফোন/ইমেইল: _____

তারিখ: _____