

Les Écoles publiques de Cincinnati

Autorisation pour l'Administration de médicaments en vente libre à l'école

Cette autorisation expire à la fin de l'année scolaire en cours.

Nom de l'élève/Student's Name

Date de naissance/DOB

Année scolaire/School Year

Adresse /Street Address

No de l'apt/Apt. No.

Ville/City

Etat/State Code Postal Zip

Ecole /School

Niveau/Grade

la classe/Homeroom

Comme parent/tuteur de cet étudiant, j'autorise que mon enfant reçoive les médicaments suivants pendant les heures de classe ou lors d'activités parascolaires. J'accepte de donner les médicaments dont mon enfant a besoin dans le contenant étiqueté d'origine avec le contenant protecteur intact.

(Encercler oui ou non pour chaque médicament ci-dessous. * le médecin doit préciser les doses et les temps/fréquence)

Médicaments En vente libre (à Compléter par le Parent)	Circle		Dose/ temps/fréquence (à Compléter par le médecin)	
Acétaminophène (Tylenol) pour les maux de tête, maux de dents ou douleurs mineures	Oui	No		
Ibuprofène pour les maux de tête, maux de dents, douleurs mineures ou des crampes menstruelles	Oui	No		
Anti-démangeaison crème ou lotion	Oui	No		
Pastilles contre la toux	Oui	No		
Tums (antiacide)	Oui	No		

L'étudiant est-il allergique à des médicaments ? No oui/ _____

des réactions graves qui doivent être signalées au médecin : _____

Soignant de l'élève (médecin / infirmière praticien / dentiste) * toutes les doses et fréquences ci-dessus.

Signature du soignant : _____ Date: _____

Nom du soignant : _____ téléphone d'urgence _____

Je donne la permission à l'infirmière de l'école publique de Cincinnati ou du département de la santé de Cincinnati désignée pour donner à mon enfant les médicaments mentionnés ci-dessus pour les mesures de confort. J'ai accepté en outre d'exonérer le département de la santé de Cincinnati et les écoles publiques de Cincinnati et leurs agents de toute réclamation à la suite de tous les actes accomplis en vertu de ce pouvoir. Je vais informer l'école s'il y a un changement dans chacune de ces informations.

Signature du parent/tuteur/Signature of Parent or Guardian

Date

Ecrire le Nom du parent / tuteur / print name of Parent or Guardian

Comment nous pouvons vous joindre pendant les heures scolaires ?

Téléphone au Travail

téléphone portable

Téléphone du Domicile

Autres

Vos Initiales