



AMERICAN OVERSEAS SCHOOL OF ROME

PARENT AUTHORIZATION TO GIVE MEDICATION AT SCHOOL

Name of Student: _____ Grade: _____

I hereby request that the American Overseas School of Rome, through the services of the school nurse, administer medication to my child, _____ according to the instructions contained in the statement below:

- Medication must be in the original labeled container.
- Parent/ guardian must provide specific instructions, as well as the medication and related equipment to the school nurse.
- It will be the responsibility of the parent/guardian to inform the school of any changes. New medication or new doses will not be given unless a new form is completed.
- All medication will be taken directly to the health office preferably by the parent.

Name of the Medication _____

Reason for taking the Medication _____

Dosage to be given at school (how much, when) _____

Physician's Name _____ Phone _____

Parent's Signature _____ Date _____

Phone (Home) _____ (Work) _____

(Cell) _____

To be completed by school nurse only:

Date received: _____ Name of Medication _____

doses _____



AMERICAN OVERSEAS SCHOOL OF ROME

AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI

ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEDICINALI A SCUOLA

Nome dello studente: _____ Classe: _____

Autorizzo l'infermiera dell'American Overseas School of Rome a somministrare medicinali a mio/a figlio/a, _____
seguendo le istruzioni contenute nella seguente dichiarazione:

- Il medicinale deve provenire dal contenitore originale fornito di etichetta.
- I genitori devono dare all'infermiera istruzioni precise, e il medicinale con l'apparecchiatura necessaria.
- È responsabilità dei genitori informare la scuola di eventuali cambiamenti. Senza autorizzazione, il nuovo medicinale o potenziale dosaggio non verranno somministrati.
- Tutti i medicinali devono essere consegnati in infermeria se possibile dai genitori.

Nome del medicinale: _____

Motivazione: _____

Posologia: _____

Nome del medico: _____ Tel: _____

Firma del genitore: _____ Data: _____

Telefono (Casa): _____ Lavoro: _____

Cellulare: _____

Compilazione unicamente a cura dell'infermiera della scuola:

Data di ricezione del medicinale: _____ Nome del medicinale: _____

Dosaggio: _____