



# المدرسة الآسيوية الدولية الخاصة

## ASIAN INTERNATIONAL PRIVATE SCHOOL

### Non Prescribed Medication Administration Consent Form

Dear Parent,

The school nurse will not give any medication to the student unless this form is completed and signed.

I authorize that my son / daughter:

Name:	
Date of Birth:	
School:	
Class & Section:	
Contact Phone No.:	

Be given the appropriate non prescribed medication in the following cases:

- ❖ Administration of Paracetamol to control mild pain and fever.
- ❖ Administration of epinephrine in anaphylactic shock.
- ❖ Application of pain killer cream.
- ❖ Application of Antihistamine cream.

Any precautions that the school nurse needs to know.

---

---

Any contraindications to use the above mentioned medication that the school nurse needs to know.

---

---

Any side effects noticed on your child when taking any of the medications mentioned above.

Yes  No

Check the appropriate boxes below:

- I AUTHORIZE** designated school nurse to administer the above mentioned medication to my son / daughter when necessary.
- I DON'T AUTHORIZE** designated school nurse to administer the above medication mentioned to my son / daughter when necessary.

I agree to hold the school nurse and school health harmless from any and all liability for the results of taking the medication or the manner in which the medication is given to my son / daughter.

Parent / Guardian: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



My signing below this page agrees on providing medical services for my son /daughter.

Student Name .....

School Name .....

Grade .....

Section .....

In the schools clinic and provided by school health team.

I also agree that these medical services will remain provided to my son/daughter and effective until I either refuse providing these medical services or my son/daughter is transferred from his/her public school.

My consent involves a general approval of curative or preventive services that may include blood withdrawal, physical examination, medication administration, first aid, screening for height, weight, vision acuity, vaccination and referral to primary health centers or emergency room when necessary.

I understand that some of the diagnostic results may be reported to the concerned official departments.

If my son/daughter needed to be immediately transferred to the emergency room in my absence and the absence of the legal guardian, then I authorize the school staff to transfer him/her to the emergency unit.

Agree

Disagree

Signature of student's parent

Name: .....

Relation to the Student: .....

Tel #: .....

Date: .....

If the parent can't consent for his son/ daughter for any reason, the signature of the legal guardian must be obtained.

Signature of the legal guardian

Name: .....

Relation to the Student: .....

Tel #: .....

Date: .....

أنا الموقع أدناه أوافق على تقديم الخدمات الصحية لابني/ ابنتي.

اسم الطالب .....

المدرسة .....

الصف .....

الشيخة .....

في عبادة المدرسة بواسطة فريق الصحة المدرسية.

أنا موافقتي على هذه الخدمات الصحية يبقى ساري المفعول لحين أقوم أنا برفض تقديم هذه الخدمات لابني/ ابنتي أو لحين انتقال الطالب/ الطالبة من المدارس الحكومية.

أنا موافقتي على هذه الخدمات الصحية هي موافقة عامة على أي إجراءات وقائية وعلاجية وتشمل سحب عينات الدم، الكشف السريري، أعضاء أذوية، استعافات أولية، قياس الوزن والطول وحدة النظر، التطعيمات والتحويل إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية و قسم الطوارئ عند الضرورة.

أنا نتيجة بعض هذه الفحوصات التشخيصية قد يتم تبليغها إلى الجهات الرسمية و المعنية

إذا أصيب ابني/ ابنتي بأي حالة طارئة تستدعي النقل إلى الطوارئ، ولم أكن متواجداً أنا أو من ينوب عني قاضي أعطي الصلاحية لإدارة المدرسة لنقله/ لنقلها إلى الطوارئ بواسطة سيارة الإسعاف.

أوافق

لا أوافق

توقيع ولي أمر الطالب/ الطالبة

الاسم: .....

صلة القرابة .....

رقم الهاتف .....

التاريخ .....

إذا تعذر توقيع ولي الأمر على نموذج الموافقة لأي سبب كان، فلا بد من الحصول على توقيع من ينوب عنه من الأقارب.

توقيع الشخص المخول للموافقة

الاسم: .....

صلة القرابة .....

رقم الهاتف .....

التاريخ .....