



Authorization for Administration of Over-the-Counter Medications at School

إذن لإصدار الأدوية دون وصفة طبية في المدرسة

This form expires at the end of the current school year

تنتهي صلاحية هذا النموذج في نهاية العام الدراسي الحالي.

Student's Name
اسم الطالب

Date of Birth
تاريخ الميلاد

School Year
السنة الدراسية

Street Address
عنوان الشارع

Apt. No.
رقم الشقة

City
المدينة

State
الولاية

Zip
رمز البريدي

School
المدرسة

Grade
الصف

Homeroom
الهومروم

As this student's parent/guardian, I give permission for my child to receive the following over-the-counter medications during school hours or during after-school activities. I agree to provide the medication my child needs in the original labeled container with the protective seal intact.

بصفتي ولي الامر / الوصي لهذا الطالب ، أعطي الإذن لطفتي لتلقي الأدوية التالية دون وصفة طبية خلال ساعات الدراسة أو أثناء أنشطة ما بعد المدرسة. أوافق على توفير الدواء الذي يحتاجه طفلي في الحاوية الأصلية التي تحمل ملصقًا وختم الحماية.

(Circle yes or no for each medication listed below. *Physician to complete dosage and time/frequency)

(ضع دائرة حول نعم أو لا لكل دواء مدرج أدناه. * يجب على الطبيب إكمال الجرعة والوقت / التردد)

| Over-the-Counter Medication الأدوية دون وصفات طبية (Parent to Complete) الاكتمال من ولي الامر | Circle ضع دائرة | Dosage جرعة | Time/Frequency الوقت / التردد |
|--|--------------------|----------------|----------------------------------|
|--|--------------------|----------------|----------------------------------|

(Physician to complete)
الاكتمال من الطبيب

| | | | |
|---|------------|----------|--|
| Acetaminophen (Tylenol) for headache, toothache or minor pain أسييتامينوفين (تايلينول) لعلاج الصداع أو وجع الأسنان أو ألم بسيط | Yes نعم | No لا | |
| Ibuprofen for headache, toothache, minor pain or menstrual cramps الإيبوبروفين لعلاج الصداع أو وجع الأسنان أو ألم بسيط أو تشنجات الحيض | Yes نعم | No لا | |
| Anti-itch cream or lotion كريم أو محلول مضاد للحكة | Yes نعم | No لا | |
| Cough drops قطرات الكحة | Yes نعم | No لا | |
| Tums (antacid) تومز (مضاد للحموضة) | Yes نعم | No لا | |

Is student allergic to any medications? هل يعاني الطالب من الحساسية لأي أدوية؟

No / لا Yes / نعم, allergic to / الحساسية من _____

Severe reactions that should be reported to the physician / ردود الفعل الشديدة التي ينبغي إبلاغ الطبيب بها : _____

Student's Provider (Physician / Nurse Practitioner / Dentist) *Complete dosage and frequency above.

مقدم الطالب (طبيب / ممرض ممارس / طبيب أسنان) * جرعة كاملة وتردد أعلاه.

Provider's Signature / توقيع المزود: _____ Date/ التاريخ : _____

Provider's Name / اسم المزود : _____

Emergency Phone / رقم هاتف الطوارئ : _____

I give permission to the Cincinnati Health Department school nurse or Cincinnati Public Schools' designee to give my child the above-mentioned medications for comfort measures. I further agree to indemnify or hold harmless the Cincinnati Health Department or Cincinnati Public Schools and its agents from all claims as a result of any and all acts performed under this authority. I will inform the school if there is a change in any of this information.

أعطي الإذن لممرضة مدرسة إدارة الصحة في سينسيناتي أو المعينة من مدارس سينسيناتي العامة لإعطاء طفلي الأدوية المذكورة أعلاه لتدابير الراحة. أوافق كذلك على عدم تعريض أو إلحاق ضرر بإدارة الصحة في سينسيناتي أو مدارس سينسيناتي العامة ووكلائها من جميع المطالبات نتيجة لأي وجميع الأفعال التي تتم بموجب هذه السلطة. سوف أبلغ المدرسة إذا كان هناك تغيير في أي من هذه المعلومات.

Signature of Parent or Guardian / توقيع ولي الأمر أو الوصي

Date / التاريخ

Please Print Name of Parent or Guardian / يرجى طباعة اسم ولي الأمر أو الوصي

How can we reach you during school hours?

كيف يمكننا الوصول إليك خلال ساعات الدراسة؟

Work Phone
هاتف العمل

Cell Phone
الهاتف الخليوي

Home Phone
هاتف المنزل

Other
أخر

Initials / الحروف الأولى للإسم _____