



AUTHORIZATION TO ADMINISTER MEDICATION

TO BE SUBMITTED ONLY WHEN AUTHORIZING ADMINISTRATION OF MEDICATION

STUDENT MEDICATION: Legal Reference Education, Code Section 49423

"... any pupil who is required to take during the regular school day medication prescribed for him/her by a physician, may be assisted by the school nurse or other designated school personnel if the Lycée Français La Pérouse received (2) a written statement from such physician detailing the name of the medication, the method, amount and time scheduled by which such medication is to be taken, and (2) a written statement from the parent or guardian of the pupil indicating the desire that the Lycée Français La Pérouse assist the pupil in the matter set forth in the physician's statement." **No exceptions to the rules listed above and no other medication is to be administered by school personnel. This includes all medication available without prescription , ie. Tylenol, Aspirin, vitamins...**

.....Please fill-out and return the form below:

Medication is to be sent in the **original container, with the student's name, name of prescribing physician, name of medication and instructions.**

Student name: First name: Grade:.....
Parent: Phone:.....
Date: Teacher:
Health Care Provider: .. Phone:.....

1. PLEASE STAPLE THE FOLLOWING DOCUMENTS TO THIS FORM: copy of the prescription or copy of the container label. This copy must clearly show the following indication:

Medication(s)	Dose	Frequency	Duration	Possible SideEffects

2. ADDITIONAL INFORMATION AND/OR PRECAUTIONS REGARDING MEDICATION OR STUDENT'S CONDITION:

3. THIS CONCERNS THE STUDENTS IN 9th, 10th, 11th, and 12th GRADES ONLY:

Is student authorized to self-administer these medications while at school?

Yes **Please read, complete and sign the following:**

I,..... the *undersigned, parent of**request that*
helshe be authorized to self-administer thefollowing medication
prescribed by his/her physsician.
Date..... *Signature:*

Non **Please read, complete and sign the following:**

I,..... *the undersigned, parent of**request that*
my child's teacher administer the following medication *prescribed by his/her*
physician. Furthermore, I hereby give consent to the school to contact the physician for any questions regarding my child's health.
Date:.....*Signature:*.....

4. Attached hereto is a prescription for the medication/treatment specified above. The prescription has been written by my child's doctor. He is a physician actively licensed by the State of California. Attached hereto is a prescription for the above-mentioned child.

Date:..... **Signature of the legal guardian of the student**.....



FICHE DE TRAITEMENT MEDICAL

A UTILISER PAR LES PARENTS
EN CAS DE DISPENSE DE MEDICAMENT
(A CONSERVER)

TRAITEMENT MEDICAL DE L'ELEVE:

La loi californienne (Education Code Section 49423) définit les conditions d'administration de substances médicamenteuses.

"... Tout élève ayant la nécessité de prendre un médicament prescrit par un médecin durant les heures régulières de classe peut être assisté(e) par l'infirmière ou un membre du personnel autorisé, si le Lycée Français La Pérouse a reçu (2) une autorisation écrite du médecin traitant détaillant le nom du médicament, le mode d'emploi, la dose et la fréquence. (2) Une autorisation écrite du parent ou du tuteur doit impérativement être remise au Lycée Français La Pérouse afin de pouvoir administrer le médicament à l'élève selon les recommandations du médecin.- **Il ne peut être envisagé d'exception aux règles énoncées.** Aucun médicament ne peut être administré par les membres du personnel (y compris Tylenol, autres formes d'aspirine, vitamines, etc) sans Fiche de traitement.

.....

Veillez remplir et remettre le formulaire ci-dessous :

Le médicament doit être remis dans un **EMBALLAGE D'ORIGINE** portant le nom de l'enfant, celui du médecin prescripteur, le nom du médicament et le mode d'emploi.

Nom de l'élève: Prénom: Classe:
Parent: Tél:
Date: Enseignant:
Nom du médecin traitant: Tél:

1. **AGRAFER À LA PRESENTE FICHE:** la copie de l'ordonnance ou de l'étiquette adhésive apposée sur l'emballage du médicament délivré par le pharmacien. Ce document énonce clairement les éléments suivants :

Médicament	Dose	Fréquence	Durée	Effets secondaires possibles
------------	------	-----------	-------	------------------------------

2. RENSEIGNEMENTS SUPPLEMENTAIRES, PRECAUTIONS A PRENDRE:

.....
.....

3. LE CADRE CI-DESSOUS NE CONCERNE QUE LES ELEVES DE

3EME

2NDE

1ERE

TERMINALE

L'élève est-il/elle autorisé(e) à prendre le médicament seul(e) ?

Oui lire, compléter et signer:

Je soussigné(e) parent de demande que mon enfant soit autorisé à prendre lui-même le médicament suivant prescrit par son médecin.
Date: Signature:.....

Non lire, compléter et signer:

Je soussigné(e) parent de demande que l'enseignant(e) de mon enfant lui administre le médicament suivant prescrit par son médecin. Par ailleurs, j'autorise l'école à contacter le médecin traitant pour toute question concernant la santé de mon enfant.
Date: Signature:.....

4. J'atteste que l'ordonnance jointe a été établie par le Docteur inscrit à l'ordre des médecins de Californie, médecin traitant de mon enfant.

Date: Signature du responsable légal: