NEW JERSEY INSTITUTE FOR DISABILITIES
LAKEVIEW SCHOOL
10 OAK DR. EDISON, N.J. 08837
Phone 732-549-5580 x2600
Fax 732-590-2426

SY 2025-2026

AUTHORIZATION TO *ADMINISTER MEDICATION*

Dear Parent/Guardian and physician:
In order to meet the state requirements, the following form must be completed in order for child to receive medication while in school, given by the school nurse. At no time will students be permitted to carry or administer their own medications. **The medication must be in the original container and bear the current prescription label indicating time and dosage.** Any questions please call (732) 549-5580, ext. 2600.

PARENTS: Please list medications that will be given during the **school** day.

Medication	Dosage	Time(s)	Ordering Physician
1.			
2.			
3.			
4.			

I give permission for my child _____ (name) to be administered the medication(s) ordered by my child's physician while in school.

With my doctor's approval, my child's medication time may be adjusted/flexed to accommodate class trips, during the school year. YES ___ NO ____.

_____ _____
Date **Signature of Parent/Guardian**

♦♦♦

NEW JERSEY INSTITUTE FOR DISABILITIES
LAKEVIEW SCHOOL
10 OAK DR. EDISON, N.J. 08837
Phone 732-549-5580 x2600
Fax 732-590-2426

SY 2025-2026

AUTORIZACION PARA *ADMINISTRAR* ***MEDICAMENTO***

Estimado padre/tutela y doctor:
Para cumplir con los requisitos del estado, la siguiente forma necesita ser completado para que su hijo/a pueda recibir medicamento cuando está en la escuela por la enfermería. En ningún momento los estudiantes están requeridos de cargar o administrar su propio medicamento. **Las medicinas tiene que estar en su envase original con la indicación corriente de la prescripción indicando la hora y su dosis.** Si tiene preguntas llamar a (732) 549-5580, ext. 2600.

PADRES: Favor de indicar la lista de medicinas que se tomara durante la hora de escuela.

Medicación Dosis hora(s) prescrito por cual doctor

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Yo doy permiso para que mi hijo/a _____ (nombre) se le administer las medicina(s) ordenada por el doctor de mi hijo/a.

Con la aprobación del doctor, el horario de la medicina de mi hijo/a puede ser ajustado/flexible para acomodar los paseos del salón de clase durante este año escolar. Si _____ NO _____.

_____ _____
Fecha **Firma de Padre/tutela**

♦♦♦