The MASTERS Program
PERMISSION FOR OVER THE COUNTER MEDICATION

OTC meds are distributed by the school secretary, or the principal

Student First name _____ Last Name _____Grade __
DOB ___/ ____/_____

I give permission for my child to take the following medication at school for minor discomfort and pain. Students may not carry their own medication at school with the exception of inhalers for asthma.

Acetaminophen (Tylenol) 325 mg yes ____ no ____ 1 or 2 tabs ***(circle one)***

Ibuprofen (Motrin/Advil) 200 mg yes ____ no ____ 1 or 2 tabs ***(circle one)***

PARENT NAME _____ SIGNATURE _____ DATE _____

PERMISO E INSTRUCCIONES DEL PADRE PARA EL EXCEDENTE LA MEDICACION CONTRARIA EN LA ESCUALA

DOY EL PERMISO PARA QUE MI NINO TOME LA MEDICACION SIGUIENTE DE LA ENFERMERA EN LA ESCUELA
(LOS ESTUDIANTES NO PUEDEN LLEVAR LA MEDICACION EN LA ESCUELA)

ESTUDIANTE _____GRADO _____
FECHA DE NACIMIENTO _____

Acetaminophen (Tylenol) 325 mg si __ no __ 1 or 2 tabs ?_____

Ibuprofen (Motrin/Advil) 200 mg si __ no __ 1 or 2 tabs ? _____

FIRMA_____ FECJA _____