



LYCEE FRANÇAIS INTERNATIONAL DE BAHREIN

TRAITEMENT MEDICAL

Ce document, l'ordonnance et le médicament doivent être remis à l'infirmière de l'école dans le cadre d'un traitement médicale pendant la journée scolaire.

Nom : _____ Prénom : _____ Classe : _____

Je soussigné(e) (nom du père/mère) _____ autorise
l'infirmière de l'école à administrer ce traitement à mon enfant.

Nom du médicament : _____

Dosage : _____

Date et heure : _____

Dans le cadre d'un traitement prolongé, prière de nous remettre les médicaments dont votre enfant a besoin
quotidiennement. Inhalateur ☐ Epi-Pen ☐
Type d'allergie : _____

Date et Signature : _____

Numéro de téléphone de l'infirmerie scolaire : 17323770

MEDICATION ADMINISTRATION FORM

This form, Doctor's prescription and the medicine should be handed over to the school nurse if
medication administration is required during school hours.

Family Name: _____ Name: _____ Class: _____

I (Mother/Father's Name) _____ give permission to the
nurse, to administrate this medical treatment to my child.

Name of medicine: _____

Dose: _____

Date et time: _____

In case of prolonged treatment, please provide us the medicines your child may use daily.

Inhaler ☐ Epi-Pen ☐
Type of allergy: _____

Date and Signature: _____

School Clinic phone number: 17323770