



John Witherspoon Middle School

217 Walnut Lane, Princeton, New Jersey 08540 t 609.806.4270

Doy permiso para que _____ GRADE _____

Hija/hijo

1. Reciba:

_____ Motrin/Advil/Ibuprofen

_____ Tylenol

(Pastillas - apropiadas para la edad)

Si se necesita durante las horas de clase por; tener dolor de cabeza, colicos, dolor de dientes o dolor en general.

2. Firmando aqui, doy permiso para que la escuela arregle el tratamiento de emergencia para mi hijo (a)

De: _____ Fecha _____

Padre/acudiente

***Por favor provea una lista de los medicamentos su hijo (a) utiliza a diario o por necesidad.**

Inhalador

Epi-pen (inyeccion anti-alergica) _____

Tipo de alergia: _____

Medicamentos que utiliza: _____

Contacte la enfermera de la escuela si se necesita dar el medicamento en las horas escolares. Oficina de Salud de la Escuela Superior de Princeton (609) 806-4273