

School District of New London

DISTRICT ADMINISTRATION OFFICE

901 West Washington Street
New London, WI 54961

Phone (920) 982-8530
Fax (920) 982-8551

Scott Bleck, District Administrator
Sarah Johnson, Director of Pupil Services
Tamela McCartney, Director of Teaching and Learning
Joseph Marquardt, Director of Business Services

sbleck@newlondon.k12.wi.us
sjohnson@newlondon.k12.wi.us
tmccartn@newlondon.k12.wi.us
jmarquar@newlondon.k12.wi.us

EQUAL OPPORTUNITIES IN EMPLOYMENT - CURRICULUM - ACTIVITIES

Parkview Elementary 920-982-8538
920-982-8700 (FAX)
Readfield Elementary 920-667-4265
920-667-4295 (FAX)
New London High School 920-982-8420
920-982-8441 (FAX)
Board of Education Office 920-982-8530
920-982-8551 (FAX)

Lincoln Elementary 920-982-8540
920-982-8701 (FAX)
Sugar Bush Elementary 715-752-4135
715-752-4010 (FAX)
New London Middle School 920-982-8602
920-982-8605 (FAX)
Catalyst Academy 920-982-8686
920-982-8689 (FAX)

ADMINISTRATION OF MEDICATION CONSENT

**** A separate form is needed for each medication and a new form is required annually****

Student Name: _____ Grade: _____ D.O.B.: _____

School: ☐ Parkview ☐ Readfield ☐ Lincoln ☐ Sugar Bush ☐ Intermediate/Middle School ☐ High School ☐ Catalyst

Medication Name: _____ ☐ Prescription ☐ Non-Prescription

Dosage: _____ Route: _____ Time: _____

Starting Date: _____ Termination Date: **___August 31, 2026___**

Reason for Medication: _____

If "as necessary," conditions under which medication should be given: _____

Precautions, possible unfavorable reactions, and/or interventions: _____

Health Care Provider Name (please print): _____ Phone: _____

Doctors Fax # : _____

Health Care Provider Signature: _____

(Health Care Provider signature is required annually for all prescription medications)

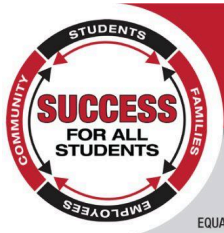
I hereby give my permission for designated school personnel to give this medication to my child according to the directions stated above and for the school nurse to contact my child's physician if necessary.

A physician's written, signed statement and pharmacy-labeled container must be supplied by the parent/guardian if prescribed medicine is to be given during the school day. Over-the-counter medication must be provided to school personnel in its original container.

I further agree to hold the School District of New London and above persons harmless in any and all claims arising from the administration of this medication, according to policy, at school. I agree to notify the school in writing when any change in the above orders is necessary.

Home Phone: () _____ Cell Phone: () _____ Work Phone: () _____

Signature of Parent: _____ Date: _____



School District of New London

DISTRICT ADMINISTRATION OFFICE

901 West Washington Street
New London, WI 54961

Phone (920) 982-8530
Fax (920) 982-8551

Scott Bleck, District Administrator
Sarah Johnson, Director of Pupil Services
Tamela McCartney, Director of Teaching and Learning
Joseph Marquardt, Director of Business Services

sbleck@newlondon.k12.wi.us
sjohnson@newlondon.k12.wi.us
tmccartn@newlondon.k12.wi.us
jmarquar@newlondon.k12.wi.us

Escuela Primaria Parkview 920-982-8538
920-982-8700 (FAX)
Escuela Primaria Readfield 920-667-4265
920-667-4295 (FAX)
Preparatoria New London 920-982-8420
920-982-8441 (FAX)
Oficina de la Junta de Educación 920-982-8530
920-982-8551 (FAX)

Escuela Primaria Lincoln 920-982-8540
920-982-8701 (FAX)
Escuela Primaria Sugar Bush 715-752-4135
715-752-4010 (FAX)
Secundaria New London 920-982-8602
920-982-8605 (FAX)
Academia Catalyst 920-982-8686
920-982-8689 (FAX)

CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

**** Se necesita un formulario separado para cada medicamento y se requiere un formulario nuevo anualmente.**

Nombre del Estudiante: _____ **Grado:** _____ **F.D.N.:** _____
School: ☐ Parkview ☐ Readfield ☐ Lincoln ☐ Sugar Bush ☐ Intermediate/Middle School ☐ High School
☐ Catalyst

Nombre del Medicamento: _____ ☐ Prescripción ☐ No prescripción

Dosis: _____ **Ruta:** _____ **Hora:** _____

Fecha de inicio: _____ **Fecha de terminación:** 31 de agosto, 2026

Motivo de la medicación: _____

Si es "según sea necesario", condiciones bajo las cuales se debe administrar la medicación:

Precauciones, posibles reacciones adversas y/o intervenciones: _____

Nombre del doctor de atención médica (en letra de imprenta): _____ **Número**
Telefónico: _____ **# de Fax del Médico:** _____

Firma del doctor de atención médica: _____

(Se requiere la firma del proveedor de atención médica anualmente para todos los medicamentos recetados.)

Por la presente doy mi permiso para que el personal escolar designado le administre este medicamento a mi hijo de acuerdo con las instrucciones indicadas anteriormente y para que la enfermera de la escuela se comunique con el médico de mi hijo si es necesario.

El padre o tutor debe proporcionar una declaración escrita y firmada por el médico y un envase con etiqueta de farmacia si se va a administrar un medicamento recetado durante la jornada escolar. Los medicamentos de venta libre deben entregarse al personal escolar en su envase original.

Además, acepto eximir de responsabilidad al Distrito Escolar de New London y a las personas mencionadas anteriormente ante cualquier reclamo que surja de la administración de este medicamento, de acuerdo con la política, en la escuela. Acepto notificar a la escuela por escrito cuando sea necesario realizar algún cambio en las órdenes mencionadas anteriormente.

de Casa: () _____ **Cellular:** () _____ **# de Trabajo:** () _____

Firma de Padre: _____ **Fecha:** _____



School District of New London

DISTRICT ADMINISTRATION OFFICE

901 West Washington Street
New London, WI 54961

Phone (920) 982-8530
Fax (920) 982-8551

Scott Bleck, District Administrator
Sarah Johnson, Director of Pupil Services
Tamela McCartney, Director of Teaching and Learning
Joseph Marquardt, Director of Business Services

sbleck@newlondon.k12.wi.us
sjohnson@newlondon.k12.wi.us
tmccartn@newlondon.k12.wi.us
jmarquar@newlondon.k12.wi.us

École élémentaire Parkview 920-982-8538
920-982-8700 (FAX)
École primaire Readfield 920-667-4265
920-667-4295 (FAX)
Lycée de New London 920-982-8420
920-982-8441 (FAX)
Bureau du conseil d'éducation 920-982-8530
920-982-8551 (FAX)

École élémentaire Lincoln 920-982-8540
920-982-8701 (FAX)
École élémentaire Sugar Bush 715-752-4135
715-752-4010 (FAX)
Lycée de New London 920-982-8602
920-982-8605 (FAX)
Académie Catalyst 920-982-8686
920-982-8689 (FAX)

CONSENTEMENT POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

****Un formulaire distinct est nécessaire pour chaque médicament et un nouveau formulaire est requis chaque année.**

Nom de l'étudiant : _____ Grade : _____ F.D.N. : _____
École : ☐ Parkview ☐ Readfield ☐ Lincoln ☐ Sugar Bush ☐ École intermédiaire/collège ☐ Lycée ☐ Catalyseur

Nom du médicament : _____ ☐ Sur ordonnance ☐ Sans ordonnance

Dose: _____ Itinéraire: _____ Temps: _____

Date de début: _____ Date d'achèvement : ____ 31 août 2026 ____

Raison du traitement : _____

Si « au besoin », conditions dans lesquelles le médicament doit être administré : _____

Précautions, effets indésirables possibles et/ou interventions : _____

Nom du médecin (veuillez écrire en caractères d'imprimerie) : _____

Numéro de téléphone : _____ Numéro de fax du médecin : _____

Signature du médecin : _____

(Signature du fournisseur de soins de santé requise chaque année pour tous les médicaments sur ordonnance.)

J'autorise par la présente le personnel scolaire désigné à administrer ce médicament à mon enfant conformément aux instructions énumérées ci-dessus et à l'infirmière scolaire de contacter le médecin de mon enfant si nécessaire.

Le parent ou le tuteur doit fournir une déclaration écrite signée par le médecin et un contenant étiqueté en pharmacie si un médicament sur ordonnance doit être administré pendant la journée scolaire. Les médicaments en vente libre doivent être remis au personnel scolaire dans leur contenant d'origine.

J'accepte en outre de dégager le district scolaire de New London et les personnes nommées ci-dessus de toute responsabilité concernant toute réclamation découlant de l'administration de ce médicament, conformément à la politique, à l'école. J'accepte d'informer l'école par écrit lorsque des modifications aux commandes ci-dessus sont nécessaires.

Domicile : () _____ Cellulaire : () _____ # Travail : () _____

Signature des parents : _____ Date : _____