

**OTC (OVER THE COUNTER) MEDICATION
ADMINISTRATION
(MUST BE FILLED PRIOR TO CTC)**

1. Identification of cadet:

(Full name and initials, unit and date of birth)

2. I, (parent/guardian/physician) give consent for this cadet to use over-the-counter (OTC) or prescription medications for known conditions.

3. I am aware that supervisor and medical staff will secure medication and make it available to the cadet at the prescribed time and they are available should the cadet have questions or concerns regarding medication.

4. Medication and quantity brought by the cadet :

a. Name of drug _____

Dosage _____

Administration time _____

Total quantity _____

b. Name of drug _____

Dosage _____

Administration time _____

Total quantity _____

(Parent/Guardian/Physician - signature and date)

Note: The medication needs to be in the original package or (if possible) blister packed.

Identification of cadet:

Full name and initials, unit and date of birth)

**ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS EN VENTE
LIBRE
(REEMPLIR AVANT LE CIEC)**

1. Identification du cadet :

(Nom complet, initiales, unité et date de naissance)

2. Je, (père/mère/tuteur/médecin), consent à la consommation par ce cadet, de médicaments en vente libre ou prescription visant des états connus.

3. Je comprends que le superviseur ainsi que le personnel médical va sécuriser et distribuer les médicaments au cadet au temps prescrit et sera disponible pour répondre aux questions ou aux préoccupations du cadet quant à ses médicaments.

4. Médicaments et quantités conservés par le cadet :

a. Nom du médicament _____

Dosage _____

Heure d'administration _____

Quantité totale _____

b. Nom du médicament _____

Dosage _____

Heure d'administration _____

Quantité totale _____

(Père/mère/tuteur/médecin – signature et date)

Nota: Les médicaments doivent être dans leur emballage original et de préférence sous plaquettes thermoformées si possible.

Identification du cadet :

(Nom complet, initiales, unité et date de naissance)

Annex E

- c. Name of drug _____
Dosage _____
Administration time _____
Total quantity _____
- d. Name of drug _____
Dosage _____
Administration time _____
Total quantity _____
- e. Name of drug _____
Dosage _____
Administration time _____
Total quantity _____
- f. Name of drug _____
Dosage _____
Administration time _____
Total quantity _____

- c. Nom du médicament _____
Dosage _____
Heure d'administration _____
Quantité totale _____
- d. Nom du médicament _____
Dosage _____
Heure d'administration _____
Quantité totale _____
- e. Nom du médicament _____
Dosage _____
Heure d'administration _____
Quantité totale _____
- f. Nom du médicament _____
Dosage _____
Heure d'administration _____
Quantité totale _____

(Parent/guardian/physician - signature and date)

Note: The medication needs to be in the original package or (if possible) blister packed.

(Père/mère/tuteur/médecin – signature et date)

Nota: Les médicaments doivent être dans leur emballage original et de préférence sous plaquettes thermoformées si possible.