

ANNEX H
1086-24
AUG 16

OVER THE COUNTER / PRESCRIBED MEDICATION ADMINISTRATION

MUST BE FILLED PRIOR TO TRIP

Identification of cadet (Full name and date of birth):

1. I, _____ give consent for this cadet to use over-the-counter (OTC) or prescription medications for known conditions.
2. I am aware that supervising 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.
3. Medication and quantity brought by the cadet:

Drug Name		Drug Name	
Dosage		Dosage	
Administration time		Administration time	
Total units in pkg		Total units in pkg	
Drug Name		Drug Name	
Dosage		Dosage	
Administration time		Administration time	
Total units in pkg		Total units in pkg	

Parent/guardian/physician Signature

Date

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

MÉDICAMENT EN VENTE LIBRE / ADMINISTRATION D'ORDONNANCE

CE DOCUMENT DOIT ÊTRE COMPLÉTÉ AVANT L'ACTIVITÉ PRÉVUE

L'identification du cadet (Nom complet et date de naissance):

1. Je, _____ donne consentement pour se cadet d'utiliser le/les médicament(s) en vente libre ou le/les ordonnance(s) selon les conditions indiquées dans la section no.3 de ce document.
2. Je suis conscient que le personnel responsable rendra la médication disponible au cadet au moment prescrit, et que ce même personnel se rendra disponible pour toutes questions ou préoccupations que le cadet pourrait avoir concernant l'administration du médicament.
3. Nom du médicament et quantité apporté par le cadet :

Nom du médicament		Nom du médicament	
Dosage		Dosage	
Heure		Heure	
Nombre d'unité total		Nombre d'unité total	
Nom du médicament		Nom du médicament	
Dosage		Dosage	
Heure		Heure	
Nombre d'unité total		Nombre d'unité total	

Signature du Parent/tuteur/médecin

Date

Notez bien: Assurez-vous que le médicament/l'ordonnance est dans son emballage original et préférablement dans des plaquettes thermoformées.