

**OTC (OVER THE COUNTER) /
PRESCRIBED MEDICATION
ADMINISTRATION
(MUST BE FILLED PRIOR TO CSTC)**

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

1. Identification of cadet:

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

1. Identification du cadet :

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

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

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. 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.

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. Medication and quantity brought by the cadet :

4. Médicaments et quantités conservés par le cadet :

a. Name of drug _____

a. Nom du médicament _____

Dosage _____

Dosage _____

Administration time _____

Heure d'administration _____

Total quantity _____

Quantité totale _____

b. Name of drug _____

b. Nom du médicament _____

Dosage _____

Dosage _____

Administration time _____

Heure d'administration _____

Total quantity _____

Quantité totale _____

(Parent/guardian/physician - signature and date)

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

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

Nota: Les médicaments doivent être dans leur emballage original ou sous plaquettes

Identification of cadet:

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

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 _____

(Parent/guardian/physician - signature and date)

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

thermoformées si possible.

Identification du cadet :

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

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 _____

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

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