



ANNEX | ANNEXE A – ADMINISTRATION OF ORAL MEDICATION | ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS PAR VOIE ORALE

**COMPLETING THIS FORM**

1. It is understood that it is preferable that all medication be administered by the parent/guardian at home during non-training hours. It is recommended the parent/guardian ask the cadets' physician if the medication must be administered during training hours and/or if an alternative medication could be prescribed that does not require administration during these times.
2. It is understood this may not be possible or the case for prescription medication for conditions that arise throughout the training year.
3. If problems occur with the administration of the medication, for example (including without limitation) refusal by the cadet to take the medication, complaints of side effects or possible allergic reaction, the corps will immediately discontinue further doses and inform the parent/guardian at the earliest opportunity. It is then the parent/guardians responsibility to decide next steps. If the Cadet or their parents/guardians have any questions related to any topic on this form, they can contact the cadet corps Commanding Officer.
4. This form is valid for one training year and is to be completed for each request to dispense oral medication.

**MEDICATIONS**

5. Medications **MUST** be in original containers, preferably bubble packs, with the name, drug and dosage clearly labelled.
6. Medication **MUST** be handed to the First Aid Officer or designate upon arrival to the training activity.
7. Cadets who require an inhaler or EpiPen **MUST** always carry them on their person in an appropriate bag or carry case.

**IMPORTANT TO NOTE**

8. Please be advised that while your child/ward is supervised by Members of the Navy League of Canada their care and safety is of primary concern. In the event of an incident/emergency, our members will perform all actions that are deemed necessary at the time, which may include calling for Emergency Services or other professional care in your absence.
9. **If there is a pre-existing medical condition, the Navy League's insurance Underwriter may limit coverage due to accident or injury related to that medical condition.**

**REPLIR CE FORMULAIRE**

1. Il est entendu qu'il est préférable que tous les médicaments soient administrés par le parent/tuteur à la maison en dehors des heures d'entraînement. Il est recommandé que le parent/tuteur demande au médecin du cadets si le médicament doit être administré pendant les heures d'entraînement et/ou si un autre médicament peut être prescrit qui ne nécessite pas d'être administré pendant ces heures.
2. Il est entendu que cela peut ne pas être possible ou le cas pour les médicaments prescrits pour des conditions qui surviennent tout au long de l'année de formation
3. Si des problèmes surviennent avec l'administration du médicament, par exemple (y compris mais sans s'y limiter) le refus du cadet de prendre le médicament, des plaintes d'effets secondaires ou une réaction allergique possible, le personnel soignant du corps de cadets cessera immédiatement les doses supplémentaires et informera les parents/tuteurs des que possible. Il incombe alors aux parents ou au tuteur de décider des mesures à prendre. Si le cadet ou ses parents/tuteurs ont des questions sur l'un des sujets abordés dans le présent formulaire, ils peuvent contacter le commandant du corps de cadets.
4. Ce formulaire est valide pour une année d'instruction et doit être rempli pour chaque demande de distribution de médicaments par voie orale.

**MÉDICAMENTS**

5. Les médicaments **DOIVENT** être dans des contenants d'origine, de préférence des piluliers, avec le nom, le médicament et la posologie clairement étiquetés
6. Les médicaments **DOIVENT** être remis au responsable des premiers secours ou à la personne désignée dès l'arrivée à l'activité de formation.
7. Les cadets qui ont besoin d'un inhalateur ou d'un EpiPen **DOIVENT** les transporter en tout temps sur leur personne dans l'étui/sac à cet effet approprié.

**IMPORTANT À NOTER**

8. Veuillez noter que même si votre enfant/tutelle est supervisé par des membres de la Ligue navale du Canada, ses soins et sa sécurité sont une préoccupation majeure. En cas d'incident/d'urgence, nos membres effectueront toutes les actions jugées nécessaires à ce moment-là, ce qui peut inclure l'appel aux services d'urgence ou à d'autres soins professionnels en votre absence.
9. **S'il existe un problème de santé préexistant, le souscripteur d'assurance de la Ligue navale peut limiter la couverture en raison d'un accident ou d'une blessure liée à ce problème de santé.**



**THE NAVY LEAGUE OF CANADA | LIGUE NAVALE DU CANADA**  
**CADET MEDICAL QUESTIONNAIRE | QUESTIONNAIRE MÉDICAL DES CADETS**



<b>TO BE COMPLETED BY THE PARENT(S)   GUARDIAN(S)</b> <b>À REMPLIR PAR LE(S) PARENT(S)   LE(S) TUTEUR(S)</b>		
<i>CADET NAME (SURNAME, FIRST NAME)</i> <i>NOM DU CADET (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM)</i>		<i>D.O.B (DD-MM-YY)</i> <i>DATE DE NAISSANCE (JJ-MM-AA)</i>
<i>ADDRESS   ADRESSE</i>	<i>POSTAL CODE</i> <i>CODE POSTALE</i>	<i>HEALTH CARD #</i> <i>N° CARTE DE SANTÉ</i>
<b>NAME OF MEDICATION  </b> <b>NOM DU MÉDICAMENT</b>	<b>METHOD OF ADMINISTRATION  </b> <b>MODE D'ADMINISTRATION</b>	<b>ADDITIONAL INSTRUCTIONS  </b> <b>INSTRUCTIONS SUPPLÉMENTAIRES</b>
<i>I AUTHORIZE AND REQUEST THE ADMINISTRATION OF THE ABOVE MEDICATION FROM</i> <i>J'AUTORISE ET DEMANDE L'ADMINISTRATION DU MÉDICAMENT CI-DESSUS DU</i>  _____ TO   AU _____		
<i>SIGNATURE OF PARENT   GUARDIAN</i> <i>SIGNATURE DU PARENT OU DU TUTEUR</i>		<i>DATE</i>
<b>TO BE COMPLETED BY COMMANDING OFFICER, FIRST AID OFFICER OR DESIGNATE</b> <b>À REMPLIR PAR LE COMMANDANT, L'OFFICIER DE PREMIERS SECOURS OU DÉSIGNÉ</b>		
<i>STAFF DESIGNATE TO ADMINISTER MEDICATION</i> <i>PERSONNEL DÉSIGNÉ POUR ADMINISTRER LES MÉDICAMENTS</i>		<i>LOCATION OF MEDICATION</i> <i>L'EMPLACEMENT DU MÉDICAMENT</i>
<i>SIGNATURE</i>		<i>DATE</i>

**ALL INFORMATION GIVEN ON THIS DOCUMENT IS KEPT CONFIDENTIAL | TOUTES LES**  
**INFORMATIONS CONTENUES DANS CE DOCUMENT SONT GARDÉES CONFIDENTIELLES**