



LA LIGUE NAVALE DU CANADA

QUESTIONNAIRE MÉDICAL POUR LES OFFICIERS

Section 1 – Renseignements personnels

Grade	Nom	Prénom	Deuxième prénom	
Adresse		Ville	Code postal	
Sexe <input type="checkbox"/> masc. <input type="checkbox"/> fém.	Date de naissance	Jour Mois Année	Tél. à la maison	Cellulaire #

Section 2 – Renseignements médicaux

Nom du médecin de famille		Numéro du médecin de famille		
N° d'assurance-maladie provincial	Date d'expiration	Nom de group assurance		
Numéro de groupe police	Numéro dépendant		Dernière injection de tétanos Mois Année	

Section 3 – Informations de contact d'urgence

Nom à contacter en cas d'urgence		Relation avec l'officier		
Téléphone à la maison #	Cellulaire #	Téléphone au travail	Ext.	

Les renseignements suivants sont nécessaires pour aider le Corps de cadets de la Ligue navale à déterminer les capacités des officiers. Tous les renseignements resteront confidentiels.

Indiquer si **OUI** ou **NON** pour chacun des éléments suivants

	OUI	NON		OUI	NON
Maladie nerveuse ou dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhumatisme ou arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blessure à la tête, commotion, maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble de l'estomac, intestin, rectum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissements, évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsions ou crises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur lombaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie nez, gorge, yeux, oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble des reins ou de la vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie pulmonaire / toux chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de la peau – médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problème de pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urticaire, fièvre des foies, asthme ou allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal des transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie du cœur, soufflé court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fractures des os	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies tropicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble d'apprentissage (p.ex., dyslexie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daltonisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte ou trouble de l'audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bégaiement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles menstruels causant une incapacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lentilles/verres correcteurs (lunettes/contacts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TPST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez coché « OUI » à un des éléments ci-dessus, donnez les renseignements qui vous semblent pertinents.

Décrivez les maladies, blessures ou incapacités non mentionnées ci-dessus.

Décrivez les allergies, réactions ou symptômes et traitements des réactions (si le cadet peut s'administrer l'EpiPen)

Donnez une liste des opérations subies au cours des cinq (5) dernières années

Décrivez les restrictions alimentaires

Signature	Date
-----------	------