



FORMULAIRE MÉDICAL

Ligue Navale du Canada, Division du Québec



IMPORTANT: ce formulaire doit **OBLIGATOIREMENT** accompagner la demande d'admission.

IDENTIFICATION DU CADET (TE) DE LA LIGUE NAVALE (Écrire lisiblement, en lettres moulées)

Nom : _____ Prénom: _____ Sexe: F M

Date de naissance: ____/____/____ # ass. maladie: _____ Expire: ____/____
jour mois année mois année

CCLN: _____ # _____ Succursale: _____

Les renseignements suivants sont demandés afin d'aider les officiers responsables à déterminer si le cadet peut participer à certaines activités du programme d'instruction: exercices militaires (drill), sport, ou toute autre activité demandant un effort physique. Ils permettront également de déceler tout problème médical éventuel qui peut nécessiter leur attention pendant la période d'instruction.

| Le cadet(te) a-t-il déjà souffert ou souffre-t-il d'une des maladie suivantes | OUI | NON | Le cadet(te) a-t-il déjà souffert ou souffre-t-il d'une des maladie suivantes | OUI | NON |
|---|-----|-----|---|-----|-----|
| Affection ou dépression nerveuse | | | Affection cardiaque, essoufflement | | |
| Lésion ou commotion cérébrale | | | Rhumatisme ou fièvre rhumatismale | | |
| Vertige ou évanouissement | | | Troubles gastriques intestinaux ou rectaux | | |
| Troubles épileptiques (convulsion épilepsie) | | | Hernie | | |
| Incontinence d'urine | | | Douleurs musculaires au bas du dos | | |
| Maux de tête fréquents | | | Affection rénale ou de la vessie | | |
| Affection du nez, de la gorge | | | Diabète | | |
| Affection des oreilles ou surdité | | | Menstruation provoquant une incapacité importante | | |
| Troubles oculaires | | | Varicocèle ou hydrocide causant des malaises | | |
| Affection pulmonaire ou toux chronique | | | Affection des pieds | | |
| Affection cutanée | | | Fracture | | |
| Urticaire, fièvre des foins, asthme ou autre allergie ** | | | Maladie tropicale | | |
| Mal des transports ou des voyages | | | Hyperactivité / déficience d'attention | | |
| Autre: _____ | | | Autre: _____ | | |

Si vous avez répandu OUI à l'une des questions qui pr ec edent, veuillez donner quelques détails:

Votre enfant prend-il des médicaments Oui Non lequel ou lesquels et pourquoi: _____

**** Allergie:** Pénicilline sulfa lait oeufs arachide piqûre d'insecte fièvre des foins
 chien ou chat autre _____

Indiquer les opérations subies (indiquez l'âge)

Décrire toute maladie ou blessure non mentionnée ci-dessus:

AUTORISATION PARENTALE

Lors de camp ou de sorties de plus d'une journée ou d'activités non régulières:

IMPORTANT: J'autorise, par la présente, l'autorité responsable, à administrer en cas de fièvre (plus de 38.5) ou de maux de tête, et selon la posologie régulière (1 comprimé aux 4 heures) du:

Tyléno^l pour adulte Tyléno^l pour enfant

Je consens, par la présente, à ce que mon fils, ma fille, reçoive des soins médicaux d'urgence, si nécessaire.

Oui Non

J'ai rempli le présent questionnaire et, en autant que je sache, il correspond à l'état de santé de mon fils ou de ma fille. J'affirme qu'aucune information importante quant à la santé de mon fils ou de ma fille n'a été omise.

Date: _____ Signature du père, de la mère ou du tuteur: _____