



# LA LIGUE NAVALE DU CANADA

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL POUR LES OFFICIERS

**CONFIDENTIEL UNE FOIS TERMINÉ**

### Section 1 – Renseignements personnels

Grade	Nom	Prénom	Deuxième prénom
Sexe <input type="checkbox"/> masc. <input type="checkbox"/> fém.	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Numéro du corps	Nom du corps

### Section 2 – Renseignements médicaux

No d'assurance-maladie provinciale	Date d'expiration	Dernière immunisation antitétanique Mois Année
------------------------------------	-------------------	---

### Section 3 – Coordonnées d'une personne en cas d'urgence

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

Les informations suivantes sont demandées 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
Troubles nerveux ou problèmes de santé mentale			Affections cutanées nécessitant un traitement		
Anxiété / TDA / TDAH			Problèmes de nez, gorge, yeux, oreilles		
Trouble d'apprentissage (ex. dyslexie)			Problèmes de vision ou daltonisme		
Problèmes cardiaques, maladie, défaut			Hernie		
Problèmes respiratoires, essoufflement			Perte ou trouble de l'audition		
Asthme, bronchite, pneumonie			Rhumatisme ou arthrite		
Convulsions			Douleur au dos, au cou ou aux articulations		
Étourdissements, évanouissements ou maux de tête			Problème de pieds		
Diabète			Fractures des os (passé ou actuel)		
Allergies (précisez/réaction/traitement)			Chirurgies antérieures (précisez)		
Problèmes gastriques, intestinaux ou rectaux			Troubles de la parole (bégaiement, etc.)		
Troubles rénaux, vésicaux ou incontinence			Mal des transports		
Lentilles/verres correcteurs (Lunettes/contacts)			Problèmes de menstruation		
SPT (Stress post traumatique)					
Blessure à la tête, commotion cérébrale ou accident vasculaire cérébral			Toutes autres maladies, affections, problèmes non répertoriés		

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

.....

.....

Veillez décrire toutes les allergies (médicaments/aliments/environnementaux, y compris les piqûres d'insectes/d'abeilles), les réactions/symptômes et les traitements pour les réactions. Faire une liste.

.....

.....

Décrivez les restrictions alimentaires.

.....

Veillez énumérer toutes les restrictions alimentaires religieuses ou culturelles.

.....

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

.....

.....

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