DETAILED HEALTH QUESTIONNAIRE

INSTRUCTIONS

DEFINITIONS

In this document, the word "**parent**" refers to all individuals who hold parental authority over the cadet.

COMPLETING THIS FORM

If the cadet has not reached the legal age of consent, this form must be completed by his/her parents.

This form may be completed electronically and then printed or printed and then completed by hand. If it's completed by hand, write in block letters.

Until this form is properly completed and handed to the cadet's supervisor at the cadet corps/squadron, the cadet may not be authorized to participate in Cadet training and activities.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DÉTAILLÉ

INSTRUCTIONS

DÉFINITIONS

Dans le présent document, le mot « **parent** » désigne toute personne détenant l'autorité parentale sur le cadet.

COMMENT REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE

Si le cadet n'a pas l'âge légal pour consentir, ce sont ses parents qui doivent remplir le présent formulaire.

On peut remplir le présent formulaire de façon électronique et ensuite l'imprimer ou l'imprimer et ensuite le remplir à la main. Si on le remplit à la main, prière d'écrire en caractères d'imprimerie.

Tant qu'on a pas remis le présent formulaire rempli en bonne et due forme au superviseur du cadet au corps ou escadron de cadets, le cadet peut se voir refuser la participation aux cours et activités des Cadets.

DETAILED HEALTH QUESTIONNAIRE — QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DÉTAILLÉ

SECTION 1: CORPS/SQUADRON INFORMATION	SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE CORPS OU L'ESCADRON	
Corps/Sqn No. – N° du corps ou esc	Corps/Sqn Name – Nom du corps ou esc	Element – Élément ☐ Sea Marine ☐ Army Armée ☐ Air

SECTION 2: CADET PERSONAL INFORMATION	SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LE CADET	
Official Surname – Nom de famille officiel	Official Given name(s) – Prénom(s) officiel(s)	
Rank – Grade	Gender – Sexe ☐ Male – Masculin ☐ Female – Féminin	Date of Birth (yyyy-mm-dd) – Date de naissance (aaaa-mm-jj)

SECTION 3: ANNUAL VALIDATION ONLY	SECTION 3 : VALIDATION ANNUELLE SEULEMENT
Answer the question in this section ONLY IF you have completed this questionnaire before	***Répondre à la question de la présente section SEULEMENT SI vous avez rempli le présent questionnaire dans le passé***

	Yes / Oui	No / Non	
Have there been any changes to the above-named cadet's medical, physical and/or psychological condition, including his/her medication, since his/her parents last completed the Detailed Health Questionnaire?	☐	☐	Est-ce que la condition médicale, physique et psychologique du cadet susnommé a changé, y compris sa médication, depuis la dernière fois où ses parents ont rempli le Questionnaire de santé détaillé?

SECTION 4: CADET HEALTH INFORMATION	SECTION 4 : RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ DU CADET
Answer questions in this section ONLY IF: • ***you have never completed this questionnaire before;*** • ***you answered "YES" to the question in Section 3.***	***Répondre aux questions de la présente section SEULEMENT SI :*** • ***vous n'avez jamais rempli le présent questionnaire; ou*** • ***vous avez répondu « OUI » à la question de la section 3.***

List ALL the cadet's medical conditions – Énumérer TOUS les troubles et affections du cadet

List ALL the cadet's medication – Énumérer TOUS les médicaments du cadet

	Yes Oui	No Non	
1. Does the cadet have any type of medical condition or problem which, in the event of a crisis, would require that he/she be seen by a physician within 20 to 30 minutes?	☐	☐	1. Le cadet est-il est atteint d'un trouble médical pouvant nécessiter, advenant une crise, qu'il soit vu par un médecin dans les 20 à 30 minutes qui suivent?
2. Is the cadet being treated or managed by a physician for any of the following:			2. Le cadet est-il présentement traité ou suivi pour tout trouble ou affection suivant :
a. lung disease, chronic cough, wheezing or asthma?	☐	☐	a. trouble respiratoire, toux chronique, sifflement ou asthme?
b. heart problems?	☐	☐	b. trouble cardiaque?
c. seizure disorders, fits, convulsions or epilepsy?	☐	☐	c. trouble épileptique, crise, convulsion ou épilepsie?
d. diabetes?	☐	☐	d. le diabète?
e. foot problems, arthritis or other joint problems?	☐	☐	e. affections au pied, arthrite ou autre affection des articulations?
f. life-threatening allergies to insect stings, medication, food or any other substance?	☐	☐	f. allergie potentiellement mortelle aux piqûres d'insectes, à un médicament, à un aliment ou à toute autre substance?
3. Is the cadet currently undergoing counseling or therapy for any reason? If so, specify below.	☐	☐	3. Le cadet assiste-il présentement à des sessions de counseling ou suit-il une quelconque thérapie? Si oui, préciser ci-dessous.

Counseling and/or Therapy Details – Précisions sur les sessions de counseling et la thérapie

SECTION 5: CONSENT AND CERTIFICATION	SECTION 5 : CONSENTEMENT ET ATTESTATION
I, the undersigned: • hereby certify that the information on this form is complete, accurate and valid to the best of my knowledge; • hereby acknowledge that I am required to notify the cadet corps/squadron's commanding officer immediately if changes to the above-named cadet's medical condition render any of the information collected on this form incomplete, inaccurate or invalid.	Je, le soussigné : • atteste par la présente que les renseignements inscrits sur le présent formulaire sont complets, exacts et valides au meilleur de ma connaissance; • reconnaît par la présente que je suis tenu d'informer le commandant du corps ou de l'escadron de cadets immédiatement si des changements à la condition médicale du cadet susnommé rendent les renseignements demandés sur le présent formulaire incomplets, inexacts ou invalides.

Name – Nom	Signature – Signature	Date – Date