



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

COMPLETING THIS FORM

1. This form may be completed electronically, printed and then completed by hand. If it's completed by hand, print in block letters.
2. Until this form is properly completed and handed to the Cadet Administration Officer or designate, cadets shall not be authorized to participate in training and/or activities.
3. 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.

FOOD ALLERGIES

4. It is important for parents/guardians to be aware that the Navy League of Canada and their Corps do not have the mandate, are not equipped or staffed to offer allergen-free foods or food preparation conditions.
5. The Navy League of Canada is concerned that for those with food allergies, sensitivities, and intolerance it may not always be safe to participate in all training and activities.

MEDICATIONS

6. Parents are to make the Commanding Officer or First Aid Officer aware of any medications that their child may bring and that they may require during extended activities.
7. Medications **MUST** be in original containers, preferably bubble packs, with the name, drug and dosage clearly labelled.
8. Cadets who require an inhaler or EpiPen will need to carry them at all times in an appropriate fanny pack or other carry case.
9. They should also make the staff aware of any health concerns that may impact their health and safety, or that of others.

IMPORTANT TO NOTE

10. 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.
11. **If there is a pre-existing medical condition, the Navy League's insurance Underwriter may limit coverage as a result of accident or injury related to that medical condition.**

REEMPLIR CE FORMULAIRE

1. Ce formulaire peut être rempli électroniquement, imprimé puis complété à la main. S'il est rempli à la main, imprimez en lettres majuscules.
2. Jusqu'à ce que ce formulaire soit dûment rempli et remis à l'officier d'administration des cadets ou à son remplaçant désigné, les cadets ne seront pas autorisés à participer à la formation et/ou aux activités.
3. Si le cadet ou ses parents/tuteurs ont des questions liées à un sujet abordé dans ce formulaire, ils peuvent contacter le commandant du corps de cadets.

ALLERGIES ALIMENTAIRES

4. Il est important que les parents/tuteurs soient conscients que la Ligue navale du Canada et son corps n'ont pas le mandat, ne sont pas équipés ou dotés en personnel pour offrir des aliments ou des conditions de préparation des aliments sans allergènes.
5. La Ligue navale du Canada s'inquiète du fait que pour les personnes souffrant d'allergies, de sensibilités et d'intolérances alimentaires, il n'est pas toujours sécuritaire de participer à toutes les formations et activités.

MÉDICAMENTS

6. Les parents doivent informer le commandant ou le secouriste de tout médicament que leur enfant peut apporter et dont il pourrait avoir besoin lors d'activités prolongées.
7. Les médicaments **DOIVENT** être dans des contenants d'origine, de préférence des emballages à bulles, avec le nom, le médicament et la posologie clairement étiquetés.
8. Les cadets qui ont besoin d'un inhalateur ou d'un EpiPen devront les transporter en tout temps dans un sac banane approprié ou un autre étui de transport.
9. Ils doivent également informer le personnel de tout problème de santé pouvant avoir un impact sur leur santé et leur sécurité ou sur celles des autres.

IMPORTANT À NOTER

10. Veuillez noter que même si votre enfant/salle 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.
11. **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 lié à ce problème de santé.**



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



Section 1 – Cadet Personal Information | Informations personnelles des cadets

Rank Grade	Surname Nom de famille	Given Name Prénom	Middle Name(s) Autre nom(s)
Cell Phone # Cellulaire	Date of Birth Date de naissance DD JJ MM MM YY AA	Corps # N° du corps	NLCC CCLN

Section 2 – Cadet Medical Information | Renseignements médicaux sur les cadets

Provincial Health Card # N° de carte de santé provinciale	Expiry Date Date d'expiration	Latest Tetanus Injection Dernière injection contre le tétanos MM MM YYYY AAAA
---	---------------------------------	--

Section 3 - Parent / Guardian Information | Informations sur les parents/tuteurs

Name of Primary Parent / Guardian (required) Nom du parent/tuteur principal (obligatoire)	Home Phone # Téléphone maison
Relationship to Cadet Relation au cadet	Cell Phone # Cellulaire

Section 4 – Emergency Contact Information | Coordonnées d'urgence

Emergency Contact Name Nom à contacter en cas d'urgence <i>Must be different from Section 3 Doit être différent de la section 3</i>	Home Phone # Téléphone maison
Relationship to Cadet Relation au cadet	Cell Phone # Cellulaire

Section 5 – Acknowledgement and Consent | Accusé de réception et consentement

Do you consent to the above-named cadet participating in training and activities in which your child will have a meal under the conditions described under the heading FOOD ALLERGIES ? Consentez-vous à ce que le cadet susmentionné participe à des entraînements et à des activités au cours desquels votre enfant prendra un repas dans les conditions décrites à la rubrique ALLERGIES ALIMENTAIRES ?	<input type="checkbox"/> YES OUI <input type="checkbox"/> NO NON
---	--

I certify that the information on this form is complete, accurate and valid to the best of my knowledge. I acknowledge that I am required to notify the cadet corps 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 certifie que les informations contenues dans ce formulaire sont complètes, exactes et valides au meilleur de mes connaissances. Je reconnais que je suis tenu d'informer immédiatement le commandant du corps de cadets si des changements dans l'état de santé du cadet nommé ci-dessus rendent les informations recueillies sur ce formulaire incomplètes, inexactes ou invalides.

Signature of Parent / Guardian Signature du parent / tuteur 	Date
---	------

CONFIDENTIAL WHEN COMPLETED | CONFIDENTIEL UNE FOIS COMPLÉTÉ



CONFIDENTIAL WHEN COMPLETED | CONFIDENTIEL UNE FOIS COMPLÉTÉ

I - Medical History | Antécédents médicaux

1. The following information is requested to assist in determining the capabilities of the above-mentioned Cadet to participate in certain aspects of the Training Program.
2. This information will also be valuable in alerting the Corps Staff in any potential medical or physical problems which might require some attention when the cadet is undergoing training.

1. Les informations suivantes sont demandées pour aider à déterminer les capacités du cadet mentionné ci-dessus à participer à certains aspects du programme de formation.
2. Ces informations seront également utiles pour alerter l'état-major du corps de tout problème médical ou physique potentiel qui pourrait nécessiter une certaine attention lorsque le cadet suit une formation.

Please indicate either "YES" or "NO" for each question as it applies to your cadet concerning their medical history. | Veuillez indiquer « OUI » ou « NON » pour chaque question telle qu'elle s'applique à votre cadet concernant ses antécédents médicaux.

	YES OUI	NO NON		YES OUI	NO NON
Arthritis Arthrite			Bed-wetting Énurésie		
Respiratory ailments Maladies respiratoires			Seizures Saisies		
Ear troubles Problèmes d'oreille			Motion sickness Mal des transports		
Headaches Maux de tête			Nightmares Cauchemars		
Diabetes Diabète			Sleepwalking Somnambulisme		
Vision problems Problèmes de vision			Allergies		
Colour blindness daltonisme					
Wears corrective lenses Porte des verres correcteurs					

II - Medical Questions | Questions médicales

If you have checked "YES" to any of the above conditions, please provide additional information. | Si vous avez coché « OUI » à l'une des conditions ci-dessus, veuillez fournir des informations supplémentaires.

Please describe any allergies (medications/food/environmental including insect/bee stings), reactions/symptoms, and treatments for the reactions. | Veuillez décrire toute allergie (médicaments/aliments/environnement, y compris les piqûres d'insectes/d'abeilles), les réactions/symptômes et les traitements pour les réactions.

Please describe any dietary restrictions. | Veuillez décrire toute restriction alimentaire.

Please describe any physical, cognitive, emotional or behavioural limitations and/or challenges that would require assistance and/or modifications to the Navy League Cadet program to allow your child to fully participate. | Veuillez décrire toute limitation et/ou défi physique, cognitif, émotionnel ou comportemental qui nécessiterait de l'aide et/ou des modifications au programme des cadets de la Ligue navale pour permettre à votre enfant de participer pleinement.

Describe any illnesses, injuries, or problems not previously listed. | Décrivez toute maladie, blessure ou problème non répertorié précédemment.

CONFIDENTIAL WHEN COMPLETED | CONFIDENTIEL UNE FOIS COMPLÉTÉ