

CONSENT TO DISCLOSE MEDICAL INFORMATION

(Please print)

CONSENTEMENT À DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(En lettres moulées s.v.p.)

| SECTION 1: CADET PERSONAL INFORMATION | | SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU CADET | |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------|
| Surname – Nom de famille | | Given name(s) – Prénom(s) | |
| Gender – Sexe <input type="checkbox"/> Male / Masculin <input type="checkbox"/> Female / Féminin | | Date of Birth (yyyy-mm-dd) – Date de naissance (aaaa-mm-jj) | |
| Civic Address (No and Street Name) - Adresse municipale (n° et nom de rue) | | | |
| City or Town – Ville ou village | | Prov/Terr – Prov/Terr | Postal Code – Code postal |
| Telephone (main) – Téléphone (principal) | Telephone (other) – Téléphone (autre) | Email – Courriel | |

| SECTION 2: HEALTH INSURANCE | | SECTION 2 : ASSURANCE MALADIE | |
|---|------------------------|-------------------------------|---|
| Plan – Régime <input type="checkbox"/> Public / Public <input type="checkbox"/> Private / Privé | Provider - Fournisseur | No - N° | Expiry Date (yyyy-mm-dd) – Date d'expiration (aaaa-mm-jj) |

| SECTION 3: CONSENT FROM A CADET HAVING REACHED THE AGE OF MAJORITY | SECTION 3 : CONSENTEMENT D'UN CADET MAJEUR |
|--|--|
|--|--|

| | |
|--|---|
| I, the undersigned, hereby: understand the need to provide the Canadian Forces with complete and valid medical information pertaining to me; authorize: _____ (Name of family doctor – Nom du médecin de famille) _____ (Address and telephone number – Adresse et numéro de téléphone) | Je, le sousigné, atteste par la présente, que : je comprend le besoin de communiquer des renseignements médicaux complets et valides à mon égard au personnel médical des Forces canadiennes; j'autorise : _____ (Nom du médecin de famille) _____ (Adresse et numéro de téléphone) |
| to release to Canadian Forces medical personnel, medical information pertaining to me; authorize any doctor, medical clinic or centre to forward to Canadian Forces medical personnel the following information pertaining to me: medical notes, document summary, laboratory test results, x-rays and any other information contained in the medical file and deemed necessary by the Canadian Forces. | à divulguer au personnel médical des Forces canadiennes des renseignements médicaux à mon égard; j'autorise tout médecin, clinique ou centre médical à faire parvenir au personnel médical des Forces canadiennes les renseignements suivants à mon égard : notes médicales, résumé de dossier, résultats de tests en laboratoire, radiographies et tout autre renseignement contenu au dossier médical et jugé nécessaire par les Forces canadiennes. |
| I have read this section, I understand it and accept its terms. | J'ai lu la présente section, la comprend et en accepte les conditions. |
| _____ | _____ |
| Signature – Signature | Date – Date |

| SECTION 4: CONSENT FROM PARENTS OF A CADET UNDER THE AGE OF MAJORITY | SECTION 4 : CONSENTEMENT DES PARENTS D'UN CADET MINEUR |
|--|--|
|--|--|

| | | | |
|---|--|--|---------------------------|
| Surname – Nom de famille | Given name(s) – Prénom(s) | Relationship with the cadet – Lien avec le cadet <input type="checkbox"/> Father / Père <input type="checkbox"/> Mother / Mère <input type="checkbox"/> Guardian / Tuteur | |
| Civic Address – Adresse municipale | | | |
| <input type="checkbox"/> Check this box if parent 1's civic address and that of the applicant are the same. If not, please provide it on the right. <input type="checkbox"/> Cocher la case si l'adresse municipale du parent 1 correspond à celle du demandeur. Si ce n'est pas le cas, prière de l'inscrire ci-contre. | No and Street Name – N° et nom de rue | Prov/Terr – Prov/Terr | Postal Code – Code postal |
| | City or Town – Ville ou village | | |
| Telephone (day) – Téléphone (jour) | Telephone (evening) – Téléphone (soirée) | Telephone (other) – Téléphone (autre) | |

| | |
|--|---|
| I, the undersigned, having parental authority over the cadet, hereby: understand the need to provide the Canadian Forces with complete and valid medical information pertaining to the above-named cadet; authorize: _____ (Name of family doctor – Nom du médecin de famille) _____ (Address and telephone number – Adresse et numéro de téléphone) | Je, le sousigné, détenant l'autorité parentale à l'égard du cadet, atteste par la présente que : je comprend le besoin de communiquer des renseignements médicaux complets et valides à l'égard du cadet ci-haut mentionné au personnel médical des Forces canadiennes; j'autorise : _____ (Nom du médecin de famille) _____ (Adresse et numéro de téléphone) |
| to release to Canadian Forces medical personnel, medical information pertaining to the above-named cadet; authorize any doctor, medical clinic or centre to forward to Canadian Forces medical personnel the following information pertaining to the above-named cadet: medical notes, document summary, laboratory test results, x-rays and any other information contained in the medical file and deemed necessary by the Canadian Forces. | à divulguer au personnel médical des Forces canadiennes des renseignements médicaux à l'égard du cadet ci-haut mentionné; j'autorise tout médecin, clinique ou centre médical à faire parvenir au personnel médical des Forces canadiennes les renseignements suivants à l'égard du cadet ci-haut mentionné : notes médicales, résumé de dossier, résultats de tests en laboratoire, radiographies et tout autre renseignement contenu au dossier médical et jugé nécessaire par les Forces canadiennes. |
| I have read this section, I understand it and accept its terms. | J'ai lu la présente section, la comprend et en accepte les conditions. |
| _____ | _____ |
| Name - Nom | Signature – Signature |
| _____ | _____ |
| Date – Date | Date – Date |