

# Canadian Boating Federation Nautique du Canada

## Drivers Medical History / Historique Médical des Coureurs

CBFNC reserves the right to require a medical or eyes examination anytime.  
La CBFNC se réserve le droit d'exiger un examen médical ou de la vue en tout temps.

Name / Nom \_\_\_\_\_ Date of Birth/ Date de Naissance \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Address/Adresse \_\_\_\_\_

City / Ville \_\_\_\_\_ Postal Code/Code Postal \_\_\_\_\_

Blood Type/Groupe Sanguin \_\_\_\_\_ Last medical visit /Dernière visite médicale \_\_\_\_\_

- |  | Yes                        | No                       |
|--|----------------------------|--------------------------|
| ① Eye trouble except glasses?<br>Souffrez-vous d'une maladie oculaire?   | ① <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② Any drug, narcotic or excess drinking habit?<br>Souffrez-vous d'alcoolisme ou de dépendance à la drogue?   | ② <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ Fainting or dizziness spells or epilepsy?<br>Souffrez-vous d'évanouissements, d'étourdissements ou d'épilepsie?  | ③ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④ Head injury?<br>Avez-vous récemment subi un traumatisme crânien?   | ④ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑤ Psychiatric problem?<br>Souffrez-vous de problème psychiatrique?   | ⑤ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑥ Asthma or bronchitis?<br>Souffrez-vous d'asthme ou bronchite?  | ⑥ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑦ Infection or renal failure in evolution?<br>Souffrez-vous d'infection ou d'insuffisance rénale en évolution?   | ⑦ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑧ Have you undergone total or partial loss of a member?<br>Avez-vous subi la perte totale ou partielle d'un membre?  | ⑧ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑨ Disabled member at a joint or spine?<br>Avez-vous une mobilité réduite à un membre, une articulation ou à la colonne vertébrale?   | ⑨ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑩ Muscular or articulatory trouble?<br>Souffrez-vous d'une maladie musculaire ou articulaire?  | ⑩ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑪ Diabetes?<br>Souffrez-vous du diabète?   | ⑪ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑫ Heart trouble, high or low pressure?<br>Souffrez-vous d'une maladie cardiaque ou d'hypertension artérielle?  | ⑫ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑬ Taking any medication?<br>Prenez-vous des médicaments?   | ⑬ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑭ Any surgery, fractures or a serious illness over the last 2 years?<br>Avez-vous subi des interventions chirurgicales, des fractures ou souffert d'une maladie grave depuis les 2 dernières années? | ⑭ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑮ Do you have an illness or disability not mentioned above?<br>Souffrez-vous d'une maladie ou d'une incapacité qui n'est pas mentionnée ci-haut?   | ⑮ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Oui Non

\*For each **YES** checked describe condition/Pour chaque **OUI** coché veuillez fournir des détails :

---

---

---

I hereby certify that all statements provide by me are complete and true.  
Je certifie que toutes les réponses du questionnaire remplis par moi sont complètes et véridiques.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_