

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?
Souffrez-vous d'une maladie oculaire? | ① <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② Any drug, narcotic or excess drinking habit?
Souffrez-vous d'alcoolisme ou de dépendance à la drogue? | ② <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ Fainting or dizziness spells or epilepsy?
Souffrez-vous d'évanouissements, d'étourdissements ou d'épilepsie? | ③ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④ Head injury?
Avez-vous récemment subi un traumatisme crânien? | ④ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑤ Psychiatric problem?
Souffrez-vous de problème psychiatrique? | ⑤ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑥ Asthma or bronchitis?
Souffrez-vous d'asthme ou bronchite? | ⑥ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑦ Infection or renal failure in evolution?
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?
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?
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?
Souffrez-vous d'une maladie musculaire ou articulaire? | ⑩ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑪ Diabetes?
Souffrez-vous du diabète? | ⑪ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑫ Heart trouble, high or low pressure?
Souffrez-vous d'une maladie cardiaque ou d'hypertension artérielle? | ⑫ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑬ Taking any medication?
Prenez-vous des médicaments? | ⑬ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑭ Any surgery, fractures or a serious illness over the last 2 years?
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?
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 _____