

CONSENT TO DISCLOSE MEDICAL INFORMATION

(Please print)

CONSETEMENT 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 <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 : CONSETEMENT 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 : _____ (Name of family doctor – Nom du médecin de famille) _____ (Address and telephone number – 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 : CONSETEMENT 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
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 : _____ (Name of family doctor – Nom du médecin de famille) _____ (Address and telephone number – 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