

## WARNING

In accordance with National Defence Security Policy, form **DND 2570 - Detailed Health Questionnaire Canadian Cadet Organizations** is designated "Protected B" information once completed.

Completed "Protected B" forms **MUST NOT BE SAVED UNENCRYPTED** on any network and workstation drive or storage media. "Protected B" forms, when completed, **MUST BE ENCRYPTED USING THE DND ISSUED PKI SMARTCARD**. Failure to respect this requirement will result in a breach of security and sanctions shall be applied in accordance with the policy.

## AVIS

En vertu de la politique de sécurité du Ministère de la Défense nationale, le formulaire **DND 2570 - Questionnaire de santé détaillé organisations de cadets du Canada** porte la désignation « Protégé B » lorsque complété.

Les formulaires remplis « Protégé B » **NE DOIVENT PAS ÊTRE SAUVEGARDÉS SANS LA PROTECTION DU CHIFFRAGE NUMÉRIQUE** ni sur les lecteurs de réseau ou locaux ni sur les supports de mémoire. Les formulaires « Protégé B », une fois remplis, **PEUVENT ÊTRE SAUVEGARDÉS SEULEMENT PAR LE CHIFFRAGE NUMÉRIQUE AVEC LA CARTE À PUCE DE L'ICP DU MDN**. Le non-respect de cette exigence sera considéré une infraction à la sécurité et entraînera des sanctions en vertu de la politique.

## Detailed Health Questionnaire

### Instructions

### Definitions

In this document, the word “**parent**” refers to all individuals who hold parental authority over the cadet.

### Completing this Form

If the cadet has reached the legal age of consent, he/she may complete and sign this form instead of his/her parents.

Write in block letters.

Once this form is properly completed, it is to be delivered to the cadet's supervisor at the corps/squadron in a sealed envelope to ensure medical confidentiality. Access to that information will be restricted to Canadian Forces or civilian medical personnel.

Until the form is completed and delivered, the cadet could be prevented from participating in certain training activities for safety reasons.

### Membership Application

When completing this form during the Cadet membership application process, parents are asked to provide as many details as possible concerning their child's medical condition and medication.

### Annual Validation

When completing this form for annual validation purposes, parents are asked to answer every question and provide details even if they have done so before.

### Medical Condition Changes

When completing this form because there have been changes to their child's medical condition or medication, parents are asked to answer every question and provide details even if they have done so before and to clearly identify what is “NEW”, “CHANGED” or “CANCELLED”.

## Questionnaire de santé détaillé

### Instructions

### Définitions

Dans le présent document, le mot « **parent** » désigne toute personne détenant l'autorité parentale sur le cadet.

### Comment remplir le présent formulaire

Si le cadet est d'âge légal pour consentir, il peut remplir et signer lui-même le présent formulaire, au lieu de ses parents.

Écrire en caractères d'imprimerie.

Une fois le présent formulaire bien rempli, il faut le remettre au superviseur du cadet au corps ou à l'escadron dans une enveloppe cachetée pour en assurer la confidentialité des renseignements médicaux. Seul du personnel médical des Forces canadiennes ou civil y aura accès.

En attendant le retour du formulaire rempli, le cadet pourrait se voir refuser la participation à certaines activités d'instruction pour des raisons de sécurité.

### Demande d'admission

Lorsqu'ils remplissent le présent formulaire dans le cadre d'une demande d'admission dans les Cadets, les parents sont priés de fournir le plus de précisions possibles sur l'état de santé et la médication de leur enfant.

### Validation annuelle

Lorsqu'ils remplissent le présent formulaire dans le cadre de la validation annuelle, les parents sont priés de répondre à toutes les questions et fournir des précisions, même s'ils l'ont déjà fait.

### Changements à la condition médicale

Lorsqu'ils remplissent le présent formulaire pour signaler des changements à la condition médicale ou médication de leur enfant, les parents sont priés de répondre à toutes les questions et fournir des précisions, même s'ils l'ont déjà fait, et d'identifier clairement toute « NOUVEAUTÉ », « MODIFICATION » et « ANNULATION ».



**Detailed Health Questionnaire  
 Canadian Cadet Organizations**

**Questionnaire de santé détaillé  
 Organisations de cadets du Canada**

<b>Sections 1 and 2 must be completed by cadet corps / squadron staff</b>		<b>Le personnel du corps ou de l'escadron de cadets doit remplir les sections 1 et 2</b>	
<b>Section 1: Personal Information</b>		<b>Section 1 : Renseignements personnels</b>	
Official Surname - Nom de famille officiel		Given name(s) ( <i>no nickname</i> ) - Prénom(s) ( <i>aucun surnom</i> )	
Rank - Grade	Gender - Sexe <input type="checkbox"/> Male - Masculin <input type="checkbox"/> Female - Féminin	Date of birth ( <i>yyyy-mm-dd</i> ) - Date de naissance ( <i>aaaa-mm-jj</i> )	
<b>Section 2: Cadet Corps/Squadron Information</b>		<b>Section 2 : Renseignements sur le corps ou l'escadron de cadets</b>	
No. - N°	Name - Nom	Province	Element - Élément <input type="checkbox"/> Sea Marine <input type="checkbox"/> Army Armée <input type="checkbox"/> Air
<b>Sections 3 and 4 must be completed by the cadet's parents</b>		<b>Les parents du cadet doivent remplir les sections 3 et 4</b>	
NOTE TO PARENTS. For your child's health and safety, we ask that you disclose his/her medical conditions and concerns so that we may assess the risks involved in participating in various training and activities.		AVIS AUX PARENTS. Pour protéger la santé et la sécurité de votre enfant, nous vous prions de divulguer ses conditions et risques médicaux pour nous permettre d'évaluer les risques inhérents à sa participation aux différents cours et activités.	
<b>Section 3: Health Information</b>		<b>Section 3 : Renseignements de santé</b>	
1. Does the cadet have any <u>life-threatening</u> allergies (e.g. food, insect bites, medication, latex)?		Yes Oui <input type="checkbox"/>	No Non <input type="checkbox"/>
1. Est-ce que le cadet a des allergies <u>potentiellement mortelles</u> (p. ex. à des aliments, des piqûres d'insectes, des médicaments, au latex)?			
If the answer is "Yes", please list them - Si la réponse est «Oui», prière de les énumérer			
2. Does the cadet take any medication, prescribed or otherwise?		Yes Oui <input type="checkbox"/>	No Non <input type="checkbox"/>
2. Est-ce que le cadet prend des médicaments, sur ordonnance ou autres?			
If the answer is "Yes", please provide details (name, dosage, reason, etc.) Si la réponse est «Oui», prière de fournir des précisions (nom, posologie, raison, etc.)			
3. Does the cadet have any condition which, in some situations, would require that he/she be seen by a physician within 20 to 30 minutes?		Yes Oui <input type="checkbox"/>	No Non <input type="checkbox"/>
3. Est-ce que le cadet a une quelconque condition pouvant exiger, dans certains cas, qu'il soit vu par un médecin dans les 20 à 30 minutes suivantes?			
If the answer is "Yes", please provide details Si la réponse est «Oui», prière de fournir des précisions			

Official Surname - Nom de famille officiel	Given name(s) ( <i>no nickname</i> ) - Prénom(s) ( <i>aucun surnom</i> )	Date of Birth - Date de naissance
--------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------

<p>4. Is the cadet being treated or managed by medical professional for any of the following:</p> <p>a. lung disease, chronic cough, wheezing or asthma?</p> <p>b. heart problems?</p> <p>c. seizure disorders, fits, convulsions or epilepsy?</p> <p>d. diabetes?</p> <p>e. foot problems, arthritis or other joint problems?</p> <p>f. attention deficit?</p> <p>g. learning disability?</p> <p>h. depression, anxiety or violence?</p> <p>i. other mental illnesses or disorders?</p>	<p><b>Yes</b> <b>Oui</b></p>	<p><b>No</b> <b>Non</b></p>	<p>4. Est-ce que le cadet est actuellement traité ou suivi par un professionnel de la santé pour l'une ou l'autre des conditions suivantes :</p> <p>a. des troubles respiratoires, une toux chronique, un sifflement ou l'asthme?</p> <p>b. des troubles cardiaques?</p> <p>c. des troubles épileptiques, des crises, des convulsions ou l'épilepsie?</p> <p>d. le diabète?</p> <p>e. des affections au pied, de l'arthrite ou autres affections des articulations?</p> <p>f. un déficit d'attention?</p> <p>g. une difficulté d'apprentissage?</p> <p>h. une dépression, l'anxiété, la violence?</p> <p>i. d'autres maladies ou troubles mentaux?</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

If the answer is "Yes", please provide details (type, frequency, severity, etc.)  
 Si la réponse est «Oui», prière de fournir des précisions (type, fréquence, degré, etc.)

<p>5. Does the cadet have any other medical condition or concern?</p>	<p><b>Yes</b> <b>Oui</b></p>	<p><b>No</b> <b>Non</b></p>	<p>5. Est-ce que le cadet a d'autres conditions ou risques médicaux?</p>
-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

If the answer is "Yes", please provide details - Si la réponse est «Oui», prière de fournir des précisions

<b>Section 4: Certification</b>	<b>Section 4 : Attestation</b>
---------------------------------	--------------------------------

<p>I, the undersigned:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hereby certify that the information on this form is complete, accurate and valid to the best of my knowledge;</li> <li>- hereby acknowledge that I am required to notify the cadet corps/squadron's commanding officer without delay if changes to my child's medical condition render any of the information provided on this form incomplete, inaccurate or invalid.</li> </ul>	<p>Je, le soussigné :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- atteste par la présente que les renseignements inscrits sur le présent formulaire sont complets, exacts et valides au meilleur de ma connaissance;</li> <li>- reconnaît par la présente que je suis tenu d'informer le commandant du corps ou de l'escadron de cadets dans les plus brefs délais si des changements à la condition médicale de mon enfant rendent les renseignements fournis sur le présent formulaire incomplets, inexacts ou invalides.</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Name - Nom	Signature	Date ( <i>yyaa-mm-dj</i> )
------------	-----------	----------------------------