

Dear Parent,

As you are aware, your child wishes to attend a cadet camp this summer. You are asked to complete the attached medical questionnaire as carefully as you can. The main purpose of this questionnaire is to ensure that, if your child has any medical conditions, he/she will be sent only to a cadet camp that can provide the level of supportive medical care which is required. Many of our camps are in isolated areas and have limited medical support. The more information that you can provide at this time will make it easier to achieve this end.

Cadet camp may be a time of significant physical and emotional stress which could significantly affect the control/health of cadets who have conditions such as diabetes, asthma, seizure disorders, psychiatric problems or heart conditions. You are encouraged to discuss this issue with your child's family doctor and ask for comments to be placed on the medical questionnaire.

After the questionnaire has been reviewed by our medical personnel, there may be a requirement for further information from your child's family doctor. In order to avoid delays in obtaining such information, should you provide any positive responses to the questionnaire you are requested to sign the release of medical information form below and have your child return it to the Cadet Corps Commanding Officer. Please also include the name, address and telephone number of child's family doctor. Delays in obtaining medical information could prejudice your child's attendance at cadet camp.

Your assistance in helping us to ensure the safest environment for your child is greatly appreciated.

---

RELEASE

I authorize

\_\_\_\_\_

(Name of family doctor)

\_\_\_\_\_

(Address and telephone number)

to release, to Canadian Forces medical personnel, medical information on any of the responses to the medical questionnaire completed on form CF51 relating to

\_\_\_\_\_

(Name of dependant child)

\_\_\_\_\_

(Signature of parent/guardian)

\_\_\_\_\_

(Date)

Monsieur,  
Madame,

Comme vous le savez, votre enfant souhaite participer à un cours de cadets cet été. C'est pourquoi nous vous demandons de remplir le questionnaire médical ci-joint avec le plus grand soin. Le but principal de ce questionnaire est de faire en sorte que, si votre enfant a un problème de santé, il ou elle soit envoyé(e) uniquement dans un centre d'instruction d'été qui est en mesure de lui fournir les soins médicaux requis. Bon nombre de nos centres se trouvent dans des régions isolées où les services médicaux sont limités. Plus vous nous fournirez de renseignements dès maintenant, plus il nous sera facile de répondre aux besoins de votre enfant.

Les cours de cadets sont souvent une période de stress physique et mental qui peut affecter considérablement la santé et l'équilibre émotionnel des cadets qui souffrent, par exemple, de diabète, d'asthme, d'épilepsie, de troubles psychiatriques ou d'une maladie cardiaque. Nous vous encourageons à discuter de cette question avec le médecin de famille de votre enfant, et à lui demander d'inscrire ses commentaires sur le questionnaire médical.

Une fois que le questionnaire aura été examiné par notre personnel médical, il faudra peut-être demander au médecin de famille de votre enfant de fournir d'autres renseignements. Pour éviter tout retard dans l'obtention de ces renseignements, si vous avez répondu «oui» à l'une des questions du questionnaire, veuillez signer le formulaire d'autorisation ci-dessous, et demander à votre enfant de le retourner au commandant du corps de cadets. Veuillez indiquer également le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin de famille de votre enfant. Tout retard dans l'obtention de ces renseignements médicaux risque de nuire aux chances de votre enfant d'être admis au centre d'instruction d'été.

Nous vous remercions d'avoir bien voulu nous aider à garantir la sécurité de votre enfant.

---

#### AUTORISATION

J'autorise

\_\_\_\_\_

(Nom du médecin de famille)

\_\_\_\_\_

(Adresse et numéro de téléphone)

à communiquer au personnel médical des Forces canadiennes des renseignements sur l'une ou l'autre des réponses au questionnaire médical du formulaire CF 51 concernant

\_\_\_\_\_

(Nom de l'enfant à charge)

\_\_\_\_\_

(Signature du parent ou tuteur)

\_\_\_\_\_

(Date)