



RAPPORT D'EXAMEN MÉDICAL
MEDICAL EXAMINATION REPORT

CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN
THIS FORM HAS TO BE FILLED IN BY THE PHYSICIAN

Nom du patient/Patient's name

Date de naissance/Date of birth

1. Est-ce que le patient est en bonne santé physique et mentale?
Is the patient in good physical and mental health?

Oui / Yes ☐

Non /No ☐

Commentaires/ Comments:

2. Souffre-t-il d'une maladie ou infirmité qui le rende inapte à travailler dans une région éloignée ?
Is the patient suffering from an illness or disability that makes him unable to work in a remote location?

Oui / Yes ☐

Non / No ☐

Commentaires/ Comments:

Date de l'examen médical/

Date of the medical examination

3. Y-a-t-il présence de tuberculose active?

Has active tuberculosis been detected?

Oui / Yes ☐

Non / No ☐

Date de l'examen pour la tuberculose:

Date of tuberculosis test:

J'atteste que les renseignements donnés sont corrects et véridiques/ I certify that the information given is accurate and true

Nom du médecin en lettres moulées
Physician's name in block letters

Signature du médecin
Physician's signature

Nom de la Clinique et le numéro de téléphone
Name of clinic and telephone number

Please attach your business card (your own or the clinic's) as proof that the examination took place.

Thank you for your cooperation

Veuillez joindre votre carte d'affaire ou celle de votre clinique, ceci sera la preuve que l'examen a eu lieu.

Merci de votre collaboration

Ressources humaines/ Human Resources
Commission scolaire Kativik School Board,
9800 boul. Cavendish, Suite 400, Saint-Laurent (Québec) H4M 2V9
Tél.: (514) 482-8220