



**Township of East Hawkesbury**  
**Canton de Hawkesbury Est**  
5151, County Road 14  
St-Eugène, ON, K0B 1P0  
Tel. 613-674-2170



**East Hawkesbury Fire Department**  
**Service d'Incendies de Hawkesbury Est**  
5151, County Road 14  
St-Eugène, ON, K0B 1P0  
Tel. 613-674-2170

## RAPPORT D'EXAMEN MÉDICAL

### Renseignements sur le candidat

(Nom de famille) \_\_\_\_\_ (Prénom) \_\_\_\_\_ (Initiales) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Renseignements sur le médecin

(Nom de famille) \_\_\_\_\_ (Prénom) \_\_\_\_\_ (Initiales) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### À compléter par le médecin

\* Le candidat prend-t-il des médicaments d'ordonnance qui pourraient affecter l'exercice de ses fonctions de pompier?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

\* Est-ce que le candidat est médicalement apte à effectuer les tâches reliées au travail de pompier?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Le candidat s'est vu attribuer une définition d'emploi du poste de pompier volontaire afin d'appuyer le travail du médecin.

\* Je, le soussigné, suis légalement compétent pour agir en tant que praticien et autorisé à exercer dans la province de l'Ontario. Ce rapport atteste mon évaluation et mon avis médical du candidat.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_