

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIVULGATION DE RÉSULTATS MÉDICAUX ET CORRESPONDANCE AVEC TRANSPORTS CANADA

Le _____ 2021

Je, soussigné, permets que les résultats de mes examens médicaux soient envoyés au Centre québécois de formation aéronautique (CQFA), ainsi qu'au bureau médical de Transports Canada, pour compléter mon dossier.

Je consens que le CQFA et ses représentants autorisés consultent mon dossier santé Québec (DSQ) et mon carnet santé Québec (CSQ). Je comprends que je dois (et devrai) fournir, sur demande, tout document médical demandé par le CQFA, les médecins examinateurs pour compléter mon dossier.
Ne pas donner suite à ces demandes entrainera mon exclusion du processus.

De plus, je consens également à ce que pour la durée de ma formation, toute documentation de Transports Canada soit envoyée à l'adresse du CQFA, qui aura le privilège d'en conserver une copie pour mon dossier d'étudiant.

Je comprends que **toute fausse déclaration d'historique médical** sera considérée comme une faute grave menant à **l'exclusion du processus de sélection ou du programme et d'une possible dénonciation à Transports Canada.**

Je confirme que j'ai lu, compris et que j'accepte tout le contenu des fiches d'information médicale distribuées par le CQFA et qu'en aucun temps, je ne peux contester les éléments qui y figurent, ni demander d'accommodement sur les éléments de contenu.

NOM (en lettres moulées)

SIGNATURE DU CANDIDAT

NOTE: Un candidat qui refuse de fournir cette autorisation voit sa candidature automatiquement exclue du processus de sélection.