



2150 Meadowvale Blvd.
Mississauga, Ontario L5N 6R6
Tel: (905) 858-3060 Fax: (905) 858-3111

**REPORT OF MEDICAL EXAMINATION
FOR TRAINERS AND DRIVERS
EXAMEN MEDICAL
POUR ENTRAINEURS ET CONDUCTEURS**

RETURN TO: **STANDARD BRED CANADA**
RETOURNER À:

PERSONAL INFORMATION

SC006

LAST NAME NOM DE FAMILLE	FIRST NAME PRENOM	INITIAL INITIALE
STREET NO. N° DE RUE	P.O. BOX CASE POSTALE	R.R. APT. APP.
CITY/TOWN VILLE/VILLAGE	PROV.	POSTAL CODE CODE POSTAL
TELEPHONE - RES. TELEPHONE - MAISON ()	TELEPHONE - BUS. TELEPHONE - BUREAU ()	
<input type="checkbox"/> MALE MASCULIN	<input type="checkbox"/> FEMALE FEMININE	IF MARRIED FEMALE GIVE MAIDEN NAME SI MARIEE, NOM DE CELIBATAIRE
DATE OF BIRTH DATE DE NAISSANCE	MONTH/MOIS / DAY/JOUR / YEAR/ANNÉE	OCCUPATION

RACING INTEREST HOBBY CAREER CONSIDEREZ - VOUS LES COURSES COMME UN PASSE TEMPS OU CARRIÈRE

HOW MANY YEARS IN HORSE BUSINESS
ANNEES D'EXPERIENCE DANS L'INDUSTRIE DES COURSES DE CHEVAUX

TYPE OF LICENCE APPLIED FOR
QUEL GENRE DE PERMIS DESIREZ-VOUS DRIVER
CONDUCTEUR TRAINER
ENTRAINEUR

DATE OF LAST EXAMINATION
DATE DU DERNIER EXAMEN M/M D/J Y/A

DATE OF LAST TETANUS TOXOID
DATE DU DERNIER TETANOS TOXOID M/M D/J Y/A

**B) TO BE COMPLETED BY MEDICAL EXAMINER
A ETRE COMPLETE PAR LE MEDECIN**

Has the applicant ever suffered or consulted a physician about any of the following complaints or afflictions?

Indicate YES or NO for every question

Avez-vous déjà souffert de l'une des maladies ou affections suivantes, ou consulté un médecin ou été traité pour l'une de ces maladies ou affections ?

Cochez OUI ou NON pour chaque question.

	YES	NO		YES	NO
	OUI	NON		OUI	NON
Head or Spinal Injuries	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Traumatisme crânien ou vertébral	Allergies	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Allergies
Heart Disease	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> Maladie de coeur	Arthritis	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> Arthrite
High Blood Pressure	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> Hypertension	Asthma	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> Asthme
Convulsions (Fits, Epilepsy)	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Convulsions épilepsie	Mental Disease or Nervousness	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> Maladie mentale
Eye Disease and Vision	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Maladie des yeux Déficience de la vue	Alcoholism	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Alcoolisme
Ear Disease	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Maladie des oreilles	Permanent defect as a result of Disease or Accident	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Défaut permanent
Diabetes	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Diabète	Any other serious illness or operation	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> Tout autre maladie sérieuse ou opération chirurgicale
Ever confined as a chronic invalid	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Souffrez-vous d'invalidité	On medication	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Etes-vous sous médication

IF A YES ANSWER IS GIVEN TO ANY QUESTION, GIVE DETAILS, DATES AND DOCTOR ATTENDING
SI OUI EST RÉPONDU CI-HAUT, DONNEZ LES DÉTAILS RELATIFS, DATES ET NOM DU MÉDECIN TRAITANT.

I, the undersigned, declare that the answers to the above questions are complete and correct, and agree to be bound by the decision of the examining physician.	Je certifie que mes réponses aux questions précitées sont véridiques et consens à me soumettre à la décision du médecin traitant.
AUTHORIZATION	AUTORISATION
I authorize any Doctor, Hospital or Medical Body to release information relative to my health and medical history to STANDARD BRED CANADA.	J'autorise tout médecin, hôpital ou autre organisme médical à révéler tout renseignement relatif à mon état de santé et à mes antécédents médicaux à Standardbred Canada

Signature of Applicant
Signature du requérant(e)

DATE

PHYSICAL EXAMINATION / EXAMEN PHYSIQUE

GENERAL APPEARANCE AND DEVELOPMENT
APPARENCE GENERALE ET DEVELOPPEMENT

GOOD
BON

FAIR
PASSABLE

POOR
MÉDIOCRE

HEIGHT
TAILLE

WEIGHT
POIDS

HEAD

EYES VISION	(WITHOUT GLASSES) FOR DISTANCE (SANS CORRECTIF) POUR LA DISTANCE	RIGHT DROIT	20/	LEFT GAUCHE	20/
	(WITH GLASSES) FOR DISTANCE (AVEC CORRECTIF) POUR LA DISTANCE	RIGHT DROIT	20/	LEFT GAUCHE	20/
EVIDENCE OF DISEASE OR INJURY SIGNES DE MALADIE OU LÉSION					
HORIZONTAL FIELD OF VISION (BY CONFRONTATION TEST) CHAMP VISUEL HORIZONTAL (TEST DE CONFRONTATION)		RIGHT DROIT		LEFT GAUCHE	
EARS AUDITION	HEARING 20 FEET À 20 PIEDS	RIGHT EAR OREILLE DROIT		LEFT EAR OREILLE GAUCHE	

THORAX

HEART COEUR	IS IT NORMAL SIZE AND RIGHT POSITION? GROSSEUR ET POSITION NORMALE ?				
	ARE ITS SOUNDS AND RHYTHM NORMAL? RYTHME ET BATTEMENTS NORMAUX ?				
	MURMURS? MURMURES RESPIRATOIRES ?				
	PULSE BEFORE EXERCISE POULS AVANT EXERCISE	TWO MINUTES REST AFER EXERCISE TOUCH TOES 20 TIMES APRÈS EXERCISE (20 MINUTES) (TOUCHER PIEDS 20 FOIS)			
BLOOD PRESSURE TENSION ARTERIELLE	(SITTING) SYSTOLIC (ASSIS) SYSTOLIQUE			DIASTOLIC DIATOLIQUE	
LUNGS POUMONS					

REFLEXES

RHOMBERG

EVIDENCE OF TREMOR (TEST WITH HANDS EXTENDED AND EYES CLOSED)
TREMBLEMENTS (TEST SUBI LES MAINS TENDUES ET LES YEUX FERMÉS)

PUPILLARY PUPILLES		LIGHT À LA LUMIÈRE	RIGHT DROIT	LEFT GAUCHE	
	ACCOMODATION			LEFT GAUCHE	
KNEE JERK RÉFLEXE ROTULIEN	RIGHT DROIT	NORMAL		INCREASED ACCENTUÉ	ABSENT
	LEFT GAUCHE	NORMAL		INCREASED ACCENTUÉ	ABSENT

MENTAL STATUS / ETAT MENTAL

ASSESSMENT OF PERSONALITY LE CANDIDAT PARAÎT	<input type="checkbox"/>	BRIGHT ÉVEILLE	<input type="checkbox"/>	AVERAGE MOYEN	<input type="checkbox"/>	DULL MORNE
PSYCHOTIC MANIFESTATION MANIFESTATION PSYCHOTIQUE						
INSIGHT AND JUDGEMENT PERCEPTION ET JUGEMENT						
USE OF PSYCHOTROPIC DRUGS SOUS MÉDICATION PSYCHOTROPIC						
ELABORATION OF ABNORMAL FINDINGS DÉTAILS DE TOUT SIGNE ANORMAL REMARQUÉ						

EXTREMITIES / MEMBRES

UPPER SUPÉRIEURS	
LOWER INFÉRIEURS	
SPINE COLONNE VERTÉBRALE	

I HAVE EXAMINED
J'AI EXAMINÉ

AND REACHED THE CONCLUSION HE/SHE IS MEDICALLY
ET JE DÉTERMINE QU'IL/ELLE EST MÉDICALEMENT

FIT TO DRIVE
EST APTE À CONDUIRE

FIT TO TRAIN
EST APTE À ENTRAÎNER

NOT FIT TO DRIVE
EST INAPTE À CONDUIRE

NOT FIT TO TRAIN
EST INAPTE À ENTRAÎNER

NAME AND ADDRESS OF EXAMINING DOCTOR:
NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN

DATE: MM / DJ / YA SIGNATURE: