

**OUTCAN USA - Formulaire d'attestation annuelle de l'état de préparation médicale du personnel**

---

**Renseignements du membre**

NM-SN	Grade -Rank	Nom de Famille - Last Name Prénom - First Name	
DDN - DOB (yyyy-mm-dd)	Lieu actuel aux É.-U - Current US Location	Unité d'appartenance - Home Unit	

**1. Complétion du questionnaire medical**

J'ai complété le questionnaire d'évaluation périodique de la santé (ÉPS) du DND 4943-F

**2. Dossiers médicaux américains**

- J'ai joint tous les dossiers médicaux pertinents des visites/traitements médicaux reçus dans le système de santé américain au cours des 12 derniers mois
- Je n'ai reçu aucun soins médicaux dans le système de santé américain au cours des 12 derniers mois

**3. Vérification annuelle de l'état de préparation du personnel**

Je comprends que la soumission de mes dossiers médicaux et du DND 4943, ainsi que la complétion de ce formulaire, satisfait aux exigences de la vérification annuelle de l'état de préparation du personnel.

**4. Méthode préférée pour recevoir la réponse (cochez une case):**

- Courriel chiffré RDDN
- Courriel militaire sécurisé (Adresse: \_\_\_\_\_)
- Courriel régulier (Adresse: \_\_\_\_\_)
- Appel téléphonique (Numéro : \_\_\_\_\_)

**Déclaration** Je déclare que les renseignements fournis dans cette attestation et dans le formulaire DND 4943 joint sont véridiques, complets et exacts. Je comprends que fournir des renseignements faux ou incomplets peut entraîner des mesures administratives et pourrait avoir un impact sur ma catégorie médicale et mon statut de déployabilité.

**Signature du membre :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_