

**UPFRONT MEDICAL REPORT
CLIENT BIODATA AND SUMMARY****RAPPORT MÉDICAL PRÉALABLE
SOMMAIRE ET DONNÉES BIOMÉTRIQUES DU REQUÉRANT**

Required for all clients.
Must be taken within six
months of the medical
examination.

Obligatoire pour tous les
clients. Doit être prise
dans les six mois
précédant l'examen
médical.

CLIENT INFORMATION - INFORMATION DU CLIENT

Family name - Nom de famille		Given name(s) - Prénom(s)	
Date of birth (YYYY-MM-DD) - Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Country of birth - Pays de naissance	Gender - Sexe
Address - Adresse			
E-mail address - Adresse courriel		Telephone no. - N° de téléphone	

IMMIGRATION DETAILS - DÉTAILS D'IMMIGRATION

Category: Catégorie :	☐ Student Étudiant	☐ Worker Travailleur	UMI no: N° IUM :	Place serial no. here
	☐ Visitor Visiteur	☐ Family (EDE) Famille (EFC)		Place barcode here
	☐ Refugee claimant (in Canada only) Demandeur du status de réfugié (au Canada seulement)			

This letter confirms that you have completed your immigration medical examination. You must attach this letter to your immigration application forms before you submit them to your selected Visa Office. This will facilitate processing of your visa application.

Cette lettre confirme que vous avez complété votre examen médical réglementaire. Vous devez joindre cette lettre à vos formulaires de demande d'immigration avant de les soumettre à votre Bureau de Visa sélectionné. Cela permettra de faciliter le traitement de votre demande de visa.

Panel Physician name - Nom du médecin désigné	Panel Physician signature - Signature du médecin désigné
Panel Physician no. - N° du médecin désigné	Date of IME submission Date de soumission de l'EMR

**UPFRONT MEDICAL REPORT
CLIENT BIODATA AND SUMMARY****RAPPORT MÉDICAL PRÉALABLE
SOMMAIRE ET DONNÉES BIOMÉTRIQUES DU REQUÉRANT**

Required for all clients.
Must be taken within six
months of the medical
examination.

Obligatoire pour tous les
clients. Doit être prise
dans les six mois
précédant l'examen
médical.

CLIENT INFORMATION - INFORMATION DU CLIENT

Family name - Nom de famille		Given name(s) - Prénom(s)	
Date of birth (YYYY-MM-DD) - Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Country of birth - Pays de naissance	Gender - Sexe
Address - Adresse			
E-mail address - Adresse courriel		Telephone no. - N° de téléphone	

IMMIGRATION DETAILS - DÉTAILS D'IMMIGRATION

Category: Catégorie :	☐ Student Étudiant	☐ Worker Travailleur	UMI no: N° IUM :	Place serial no. here Place barcode here
	☐ Visitor Visiteur	☐ Family (EDE) Famille (EFC)		
	☐ Refugee claimant (in Canada only) Demandeur du status de réfugié (au Canada seulement)			

IMMIGRATION MEDICAL EXAMINATION GRADING - CLASSEMENT DE L'EXAMEN MÉDICAL RÈGLEMENTAIRE

☐ A. No significant abnormal history or abnormal findings present. Absence de constatations significatives à l'histoire ou l'examen.	☐ B. Significant abnormal history and/or significant abnormal findings present. Constatations significatives à l'histoire et/ou à l'examen.
Comments - Commentaires 	

PANEL PHYSICIAN DECLARATION - DÉCLARATION DU MÉDECIN DÉSIGNÉ

Valid identity document (passport/national ID) sighted? Documents d'identification valides évalués (passeport/ID nationale)?	Do you have identity concerns? Préoccupations quant à l'identité?
☐ No Non	☐ No Non
☐ Yes Oui	☐ Yes Oui
If YES, please provide details: Si OUI, veuillez fournir les détails : 	
I confirm that this immigration medical examination and report is a true and accurate record of my findings. Je déclare que cet examen médical réglementaire et ce compte rendu sont véridiques et exacts.	
Panel Physician name - Nom du médecin désigné	Panel Physician signature - Signature du médecin désigné
Panel Physician no. - N° du médecin désigné	Date of IME submission Date de soumission de l'EMR

Y - A M D - J