



Rapport de l'examen de l'audition du postulant m.r.

Numéro d'identification du postulant

Renseignements sur le postulant

Doit être rempli par le postulant

| | | | | | |
|----------------|--|---------|-------|--------------------------------|-------------------------------|
| Nom de famille | | Prénoms | | Date de naissance (aaaa-mm-jj) | |
| Adresse | | | Ville | Province | Date de l'examen (aaaa-mm-jj) |

Exposition récente au bruit (lors des dernières 72 h) et protection de l'ouïe

Doit être rempli par le postulant

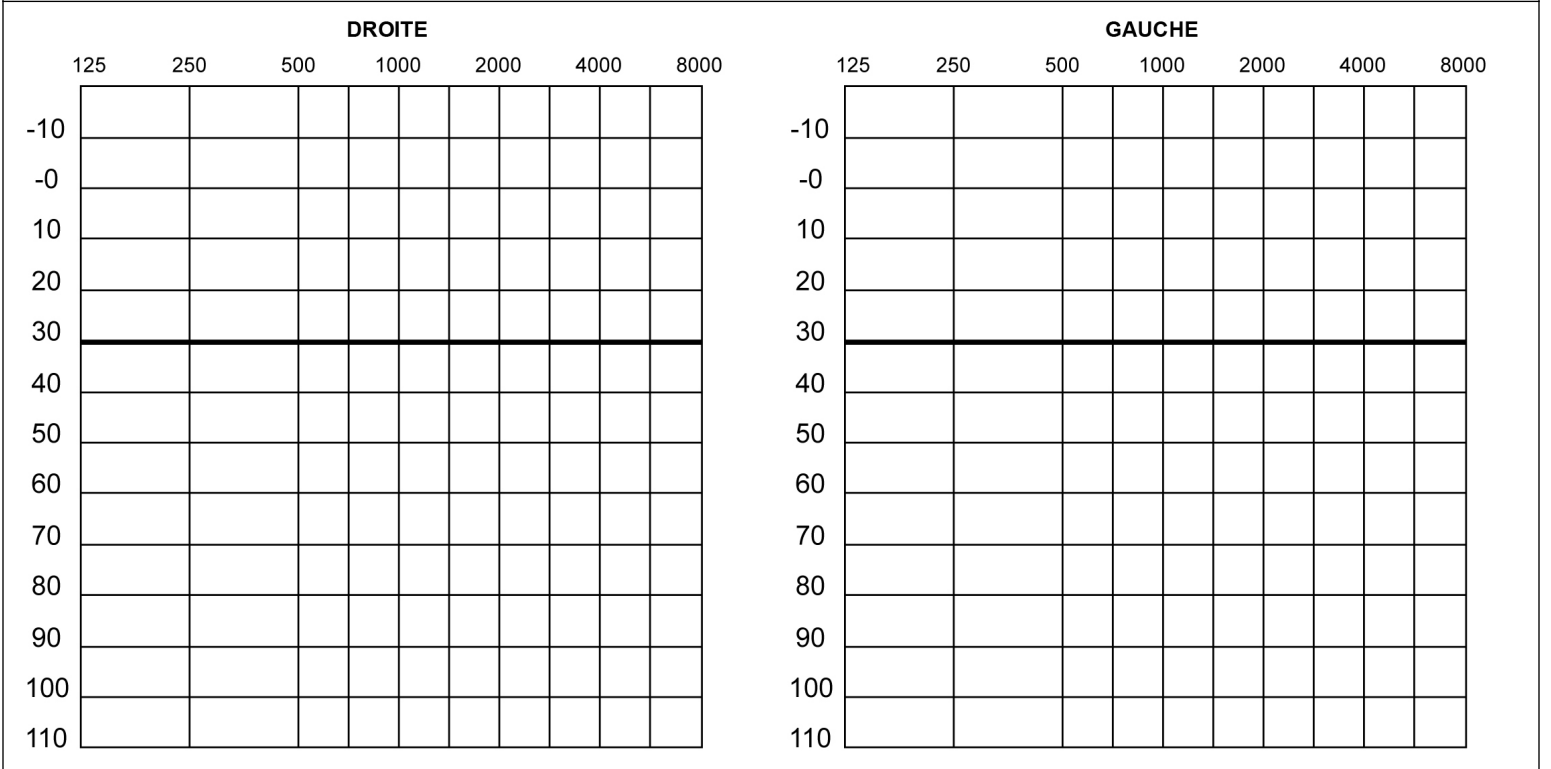
| Type d'exposition | Durée | Type de protection de l'ouïe |
|-------------------|-------|--|
| | | <input type="radio"/> Coquilles <input type="radio"/> Bouchons <input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Autre préciser : |
| | | <input type="radio"/> Coquilles <input type="radio"/> Bouchons <input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Autre préciser : |
| | | <input type="radio"/> Coquilles <input type="radio"/> Bouchons <input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Autre préciser : |

Portez vous des protecteurs d'oreilles?

- Toujours Souvent Rarement Jamais

Résultats de l'épreuve auditive

Doit être rempli par le praticien conformément à la norme CSA Audiomètres tonals à conduction aérienne pour la préservation de l'ouïe et pour le dépistage. L'examen de l'audition doit être effectué sans aide.



Commentaires

Numéro d'identification du postulant

Recommandation

Doit être rempli par le praticien

Normes d'acuité auditive de la GRC

- La perte auditive n'est pas de plus de 30 décibels pour la meilleure oreille, entre 500 et 3 000 Hz; et
- La perte auditive dans la pire oreille n'est pas plus de 30 dB de 500 Hz jusqu'à, mais n'incluant pas 3000 Hz, et pas plus de 50 dB à 3000 Hz.

Prière d'indiquer si le postulant satisfait aux normes d'acuité auditive de la GRC.

Satisfait Ne satisfait pas

Déclaration, reconnaissance et consentement

Doit être rempli par le postulant

- Je déclare que les renseignements fournis sont, autant que je sache, exacts et complets et que je n'ai omis aucun renseignement pertinent ni fait de fausses déclarations.
- Je reconnais que tout formulaire incomplet me sera retourné et pourrait entraîner le rejet de ma candidature.
- Je reconnais que le rapport de mon examen de l'ouïe est valide pendant deux (2) ans après la date de l'examen.
- Je dois payer les coûts du présent examen et de tout rapport subséquent.
- Je consens à ce que ces renseignements soient fournis à la GRC aux fins de présélection.
- Je consens à ce que les Services de santé au travail de la GRC communiquent avec le praticien dont le nom figure ci dessous pour obtenir plus de précisions sur l'examen de l'ouïe.

Signature du postulant

Date (aaaa-mm-jj)

Renseignements sur le praticien

| | | | |
|-------------------------|---------|----------|--|
| Nom de famille | Prénoms | | Permis d'exercice |
| Adresse professionnelle | Ville | Province | N° de tél. (avec l'indicatif régional) |
| Signature du praticien | | | Date (aaaa-mm-jj) |