

QUESTIONNAIRE (Action Famille)

**IDENTIFICATION DU RECOURS COLLECTIF**

Votre Nom : \_\_\_\_\_ Nom du Membre de la Famille : \_\_\_\_\_

Votre Adresse : \_\_\_\_\_  
App./N<sup>o</sup>/rue      Ville      Province      Code postal

Numéro de téléphone : (Résidence) \_\_\_\_\_ (Bureau) \_\_\_\_\_

Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Habitez-vous à l'adresse ci-dessus durant la période ou vous ou votre terrain Oui\_\_\_ Non\_\_\_  
aurait pu être exposé aux produits toxiques à Gagetown ?

Si non, s'il-vous-plaît indiquer vos adresses précédentes et la période d'habitation

Adresse : \_\_\_\_\_  
App./N<sup>o</sup>/rue      Ville      Province      Code postal      Période

Adresse : \_\_\_\_\_  
App./N<sup>o</sup>/rue      Ville      Province      Code postal      Période

Date de naissance : \_\_\_\_\_ No d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_

Est-ce que vous réclamez pour les blessures corporelles subies lors de l'exposition aux produits toxiques à Gagetown ?

Est-ce que vous réclamez parce qu'un membre de la famille a subi des blessures corporelles lors de l'exposition aux produits toxiques à Gagetown ?

Est-ce que vous réclamez pour des dommages à votre terrain lors de l'exposition des produits toxiques à Gagetown ?

Est-ce que vous réclamez pour des dommages qu'a soutenu le terrain du membre de votre famille lors de l'exposition aux produits toxiques à Gagetown ?

Est-ce que vous étiez membre des forces armées durant votre période à Gagetown ?

Est-ce qu'un membre de votre famille était un membre des forces armées durant votre période à Gagetown ?

**SECTION 1 : BLESSURE PERSONELLE**

Si applicable, s'il vous plaît décrivez comment vous croyez que le membre de votre famille a été exposé aux pro

---

---

reçus : \_\_\_\_\_

La durée des traitements : \_\_\_\_\_

Si applicable, s'il vous plaît décrivez les blessures que le membre de votre famille a subies comme résultats d  
plusieurs formes de cancer, la maladie de cœur, les défauts à la naissance, les problèmes respiratoire, et les probl

---

---

---

Y a t-il des antécédents de problèmes de cardiopathie dans votre famille ? oui \_\_\_ non \_\_\_

Y a t-il des antécédent d'attaques d'apoplexies dans votre famille ? oui \_\_\_ non \_\_\_

Y a t-il des antécédent de diabète ? oui \_\_\_ non \_\_\_

Est-ce que le membre de votre famille est un fumeur ? oui \_\_\_ non \_\_\_

Est-ce que le membre de votre famille a un excès de poids ? oui \_\_\_ non \_\_\_

Est-ce que le membre de votre famille est alcoolique ? oui \_\_\_ non \_\_\_

**SECTION 2 : DOMMAGES DE LA PROPRIÉTÉ**

Si applicable, s'il vous plaît décrivez comment vous croyez que le terrain du membre de famille votre à été exposée aux produits toxiques vaporisés à CFB Gagetown, ainsi que les dates de l'exposition :

---

---

---

---

---

Dates : \_\_\_\_\_

---

Si applicable, s'il vous plaît décrivez les dommages qu'a soutenu le terrain du membre de votre famille lors de l'exposition des produits toxiques à CFB Gagetown :

---

---

---

---

---

---

---

---

Autres Commentaires ?:

---

---

---

