

**CLEARANCE DIVER (CL DVR) SELECTION PHYSICAL FITNESS EVALUATION (PFE) REPORTING FORM**

**FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE LA CONDITION PHYSIQUE EN VUE DE LA SÉLECTION DES PLONGEURS-DÉMINEURS**

**Section A: Service Particulars - Détails du service**

Surname - Nom										Init.		Rank - Grade				Military ID Pièce d'identité militaire	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
DOB / DN-YYAA		MM		DJ		Age		SN- NM									
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /		<input type="text"/> <input type="text"/> /		<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
Location - Lieu				Unit - Unité						UIC - CIU			MOS ID - ID SGPM				
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				

**Section B: Health Appraisal - Évaluation de la santé**

This questionnaire is a screening device to identify personnel for whom fitness evaluation and physical activity might be inappropriate at this time. / Ce questionnaire est un outil visant à identifier les personnes dont une évaluation de la condition physique et l'activité physique sont actuellement contre-indiqués pour le moment.

1. To the best of your knowledge do you have a medical condition or Medical Employment Limitation (MEL) which restricts you from participating in a maximal fitness evaluation or a progressive training program? / À votre connaissance souffrez-vous d'un trouble médical ou avez-vous une contrainte à l'emploi pour raisons médicales (CERM) vous empêchant de participer à une évaluation de la condition physique avec effort maximal ou à un programme de conditionnement physique progressif?

Yes  No   
Oui  Non

2. Is there any other reason you would need to talk to a physician prior to your fitness evaluation or training program? / Y a-t-il d'autres raisons pour lesquelles vous devriez consulter un médecin avant de participer à l'évaluation de la condition physique ou d'entreprendre un programme de conditionnement physique?

Yes  No   
Oui  Non

/ 
  /

Date - (YYAA) (MM) (DJ)

Name (print) - Nom (en lettre mouk Signature

**Section C: Test Results / Résultat de l'évaluation**

**Water Component / Composante aquatique**

Date  YYAA/MM/DJ

Completed 02:30 mm:ss of treading water / A réussi la nage sur place en 02:30 mm:ss.

Did NOT complete 02:30 mm:ss of treading water / N'a PAS réussi la nage sur place en 02:30 mm:ss.

:  Completion Time (mm:ss) for the 500 m swim / Temps d'achèvement (mm:ss) de la nage de 500 m.

**Land Component / Composante terrestre**

Date  YYAA/MM/DJ

Completed the 5 km march in 60:00 mm:ss or less / A réussi la marche de 5 km en 60:00 mm:ss ou moins.

Did NOT complete the 5km in 60:00 mm:ss or less / A échoué la marche de 5km en 60:00 mm:ss ou moins.

:  Completion time (mm:ss) for the FORCE circuit / Temps d'achèvement (mm:ss) du circuit FORCE.

Number of repetition of the Barbell deadlift / Nombre de répétition du soulevé de terre avec barre

**Section D: Certification of evaluation - Attestation d'évaluation**

Evaluator name (print) - Nom de l'évaluatrice ou évaluateur (lettre Evaluator signature - Signature de l'évaluatrice ou

**Section E: Certification of understanding / Attestation de reconnaissance**

I acknowledge the above fitness evaluation results / J'ai pris connaissance des résultats de l'évaluation.

Signature of member - Signature de la ou du militaire

/ 
  /

Date - (YYAA) (MM) (DJ)

**Local PSP Evaluator must send all completed CL DVR Selection PFE reporting forms to:**

- Copy 1: CL DVR Applicant (Applicant will share with appropriate authority [Personnel Selection Officer]) for CDAC application.
- Copy 2: PSP HQ (Human Performance Research – for validation of the CL DVR Selection PFE with CDAC) at RCN-PSEL@cfmws.com.
- Copy 3: DNP Selection cell at RCN-PSEL@forces.gc.ca.