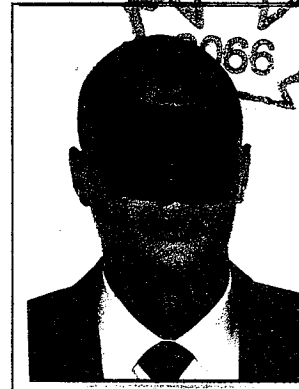




**UPFRONT MEDICAL REPORT
CLIENT BIODATA AND SUMMARY**

**RAPPORT MÉDICAL PRÉALABLE
SOMMAIRE ET DONNÉES BIOMÉTRIQUES DU REQUÉRANT**



CLIENT INFORMATION - INFORMATION DU CLIENT

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

IMMIGRATION DETAILS - DÉTAILS D'IMMIGRATION

Category: / Catégorie : <input type="checkbox"/> Student / Étudiant <input type="checkbox"/> Visitor / Visiteur <input type="checkbox"/> Refugee claimant (in Canada only) / Demandeur du status de réfugié (au Canada seulement)	<input type="checkbox"/> Worker / Travailleur <input checked="" type="checkbox"/> Family (EDE) / Famille (EFC)	UMI no: / N° IUM : [REDACTED]	
---	---	---	--

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 Dr. Neysa M. Pérez Rodríguez	Panel Physician signature - Signature du médecin désigné [REDACTED]
Panel Physician no. - N° du médecin désigné P16196353962 La Habana, Cuba	Date of IME submission / Date de soumission de l'EMR 20140414