



**REPORT ON INJURIES OR EXPOSURE TO TOXIC MATERIAL -  
CADET OR CIVILIAN INSTRUCTOR**  
**RAPPORT EN CAS DE BLESSURES OU D'EXPOSITION À DU MATÉRIEL TOXIQUE  
PAR UN CADET OU UN INSTRUCTEUR CIVIL**

(TO BE COMPLETED AND FORWARDED WITHIN 14 DAYS OF INJURY OR EXPOSURE)  
(REEMPLIR ET EXPÉDIER DANS LES 14 JOURS DE L'ACCIDENT OU DE L'EXPOSITION)

**1. MEMBER'S IDENTIFICATION – IDENTIFICATION DU MEMBRE**

|  |   |                                    |                                    |                     |
|--|---|------------------------------------|------------------------------------|---------------------|
| CADET CORPS / SQUADRON<br>CORPS/ESCADRON DE CADETS   | NO. & NAME – NUMÉRO ET NOM  |                                    | LOCALITY (CITY) – LOCALITÉ (VILLE) |                     |
| STATUS OF MEMBER<br>CADET <input type="checkbox"/><br>CIVILIAN INSTRUCTOR<br>INSTRUCTEURS CIVIL <input type="checkbox"/> | RANK / EQUIVALENT PAID RANK<br>GRADE / GRADE ÉQUIVALENT PAYÉ        | SURNAME – NOM                      |                                    | FIRST NAME – PRÉNOM |
| DATE OF BIRTH (DD-MM-YYYY)<br>DATE DE NAISSANCE (JJ-MM-AAAA)   | SEX – SEXE<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | HOME ADDRESS – ADRESSE DU DOMICILE |                                    |                     |

**2. INJURED MEMBER'S STATEMENT – DÉCLARATION DE LA VICTIME**

|  |  |                                    |   |
|--|--|------------------------------------|---|
| DATE AND TIME OF EVENT – DATE ET HEURE DE L'ÉVÉNEMENT  | PLACE OF EVENT (include geographical location) – LIEU DE L'ÉVÉNEMENT (incluant le lieu géographique) |                                    |   |
| STATEMENT – DÉCLARATION  |  |                                    |   |
| Have you seen a health professional?<br>Avez-vous vu un professionnel de la santé?   | Yes<br>Oui <input type="checkbox"/>  | No<br>Non <input type="checkbox"/> | If yes, provide date, name, address and telephone number.<br>Si oui, précisez la date, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone. |
| I HEREBY DECLARE THAT THE FOREGOING IS A TRUE STATEMENT OF HOW THE INJURIES OR EXPOSURE WERE SUSTAINED.<br>J'ATTESTE PAR LES PRÉSENTES QUE L'EXPOSÉ CI-DESSUS DÉCRIT EXACTEMENT COMMENT J'AI SUBI MES BLESSURES OU MON EXPOSITION. |  |                                    |   |
| SIGNATURE OF THE INJURED CADET / CIVILIAN INSTRUCTOR – SIGNATURE DU CADET / INSTRUCTEUR CIVIL BLESSÉ   |  |                                    | DATE  |

**3. REPORTING OFFICER'S STATEMENT – DÉCLARATION DE L'OFFICIER RAPPORTEUR**

(to be completed by the CO CC/Sqn or CO CSTC – à être complété par le Cmdt CC/Esc ou Cmdt CIEC)

A. Describe the circumstances that led to the injury or exposure – Décrivez les circonstances qui ont conduit aux blessures ou à l'exposition  
Explain/detail your answer and provide any appropriate documentation that will help to determine the eligibility for benefits.  
Expliquez/détaillez votre réponse et annexe toute pièce justificative qui pourra aider à déterminer l'éligibilité à des bénéfices.

(1) Programmed or authorized cadet activity: Yes  No  If Yes, which one: Si oui, laquelle :

(2) Description of Injuries or Illness, in daily conversation terms: Description des blessures ou malaises, en termes courants :

(3) Dental Damages: Yes  No  Dommage dentaires : Oui  Non

(4) Period of Hospitalization or Medical Observation over 24 Hours: Yes  No  If Yes, How Long: Si oui, combien de temps  
Hospitalisation ou surveillance médicale de plus de 24 heures : Oui  Non

(5) Transportation by Ambulance: Yes  No  Transport par ambulance : Oui  Non

(6) Operating Room Surgery: Yes  No  Done  Considered  Unknown   
Chirurgie en salle : Oui  Non  Effectuée  Envisagée  Ne sais pas

(7) Narrative Account of Circumstances: Exposé narratif des circonstances :

B. List the names and particulars of all witnesses. Obtain and attach signed and dated statements.  
Énumérez les noms et autres détails de tous les témoins. Obtenez et annexe les déclarations datées et dûment signées.

C. Endorsement of information by reporting officer – Approbation des renseignements par l'officier rapporteur  
*I am satisfied that the information is complete and accurate. – J'ai la conviction que ces renseignements sont exacts et complets.*

|                           |  |      |
|---------------------------|--|------|
| CC/SQN/CSTC – CC/ESC/CIEC | SIGNATURE (over typewritten name, rank and appointment)<br>SIGNATURE (au-dessus du nom, grade et position dactylographiés) | DATE |
|---------------------------|--|------|

**4. RCSU OR CSTC COMMANDING OFFICER'S STATEMENT – DÉCLARATION DU COMMANDANT DE L'URSC OU CIEC**

SERVICE INVESTIGATION CONCERNING INJURIES OR EXPOSURES. (TO DETERMINE THE PROPER MODE OF INVESTIGATION SEE OVER).  
ENQUÊTE MILITAIRE SUR LES BLESSURES OU LES EXPOSITIONS. (POUR DÉTERMINER LE GENRE D'ENQUÊTE APPROPRIÉE VOIR LE VERSO).

|  |   |      |
|--|---|------|
|  | YES – OUI   | DATE |
| SUMMARY INVESTIGATION ORDERED – ENQUÊTE SOMMAIRE ORDONNÉE  |   |      |
| BOARD OF INQUIRY CONVENED – COMMISSION D'ENQUÊTE CONVOQUÉE   |   |      |
| <i>I am satisfied that the information provided in this report is complete and accurate.<br/>J'ai la conviction que les renseignements contenus dans ce rapport sont exacts et complets.</i> |   |      |
| UNIT – UNITÉ   | SIGNATURE (over typewritten name, rank and appointment)<br>SIGNATURE (au-dessous du nom, grade et position dactylographiés) | DATE |

**DISTRIBUTION**

RCSU - Original Copy with Signature – URSC - Originale avec signatures  
Injured Member – Victime  
Cadet Corps File – Filière du corps de cadets  
National office of the Concerned Ligue – Bureau National de la ligue concernée

## INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF FORM DND 2299

### GENERAL INFORMATION

A DND 2299 shall be completed for all injuries, death and all exposure or suspected exposure to toxic substances or material. An injury such as a sprain, for example, may be a factor in a future more serious medical condition. Ensure that statements made by injured/exposed persons and witnesses are:

- in the first person;
- in their own words;
- brief, but contain details of the circumstances under which the injury was sustained; and
- signed and dated by the person making the statement.

Where it is necessary to submit a statement of a witness, the CO CC or CSTC shall detail an officer other than the supervisor to obtain the statement.

### SECTION 1

Ensure that all information required is provided.

### SECTION 2

Ensure that SECTION 2 is completed by the injured member, however, if he/she is unable to make a statement, the report shall be submitted and a statement obtained and forwarded as soon as possible.

Health professional means any person qualified and authorized to give care (physicians, nurses, medical assistant, chiropractor, etc.).

**If a member is seen by a health professional that is not employed by the CF, then the member should request that a copy of the professional report be sent to the medical section of the applicable RCSU. This may require that the member sign an authorization for the disclosure of medical information.**

### SECTION 3

The CO shall ensure that the CF or the member adequately documents injuries/death/exposures for future use.

**3A** This section should be completed in as much detail as possible so as to clarify whether the injury or the exposure arose out of or was directly connected to military service. Substantiating documentation (routine orders, unit physical training program, team list, CC/CSTC orders and directives, etc.) shall be attached.

**3B** Provide witnesses' personal information in as much detail as possible. Such identification is essential should it be necessary to obtain further statements from witnesses especially when required long after the event. It is important that witnesses' statements be attached (if applicable). However, it is not necessary to attach the statement of every witness to the injury. Be selective and include only the key witnesses' statements that will add to the validity of the DND 2299.

### SECTION 4

The CO RCSU/CSTC or an officer designated by the CO (rank of Capt/Lt(N) or above) shall complete this section. A board of inquiry shall be convened if the circumstances surrounding the injury or death are such that a detailed and formal investigation is warranted. If a board of inquiry is not convened, a summary investigation shall be ordered if the injury requires hospitalization for more than 24 hours, is of such severity that there is cause for immediate concern for the health of the member, whether the member's is in danger or not, is likely to cause permanent disability. It should be taken into consideration if there is any doubt about the permanency of the injury.

## INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DND 2299

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Il faut remplir un DND 2299 dans tous les cas de blessure, de mort ou d'exposition réelle ou soupçonnée à une substance ou du matériel toxique. Toute blessure (une entorse, par exemple) peut devenir ultérieurement l'élément d'un problème médical plus sérieux. Les déclarations de la victime et des témoins doivent être :

- rédigées à la première personne;
- rédigées dans ses propres mots;
- brèves, tout en comportant des détails précis sur les circonstances de la blessure;
- signées et datées par la victime ou le témoin.

Lorsqu'il est nécessaire de soumettre la déclaration d'un témoin, le commandant du CC ou CEIC désignera un officier autre que le superviseur pour obtenir cette déclaration.

### SECTION 1

Veillez à ce que tous les renseignements requis soient fournis.

### SECTION 2

Veillez à ce que la SECTION 2 soit remplie par le membre blessé. Cependant, si le membre blessé n'est pas en mesure de faire une déclaration, le rapport doit être soumis et une déclaration obtenue et acheminée dès que possible.

Par professionnel de la santé, on entend une personne qualifiée et autorisée à prodiguer des soins (médecins, infirmiers ou infirmières, adjoints médicaux, chiropraticiens, etc.).

**Si le membre est vu par un professionnel de la santé qui n'est pas au service des FC, le membre devrait demander qu'une copie du rapport médical soit envoyée à l'unité médicale ou à l'URSC applicable. On pourra demander au membre de signer un formulaire autorisant la communication de renseignements médicaux.**

### SECTION 3

Le commandant devra s'assurer que les cas de blessures/d'expositions soient documentés adéquatement en vue d'un usage futur par les FC ou le membre.

**3A** Il faut donner le plus de détails possibles dans cette section afin d'être en mesure de déterminer si la blessure ou l'exposition était consécutive ou rattachée directement au service militaire. Veuillez joindre au formulaire tout document justificatif (ordres courants, programme d'entraînement physique de l'unité, liste des membres de l'équipe, les ordres et directives du CC/CEIC, etc.).

**3B** Il faut donner autant de renseignements personnels que possible sur les témoins. Ces renseignements seront indispensables si jamais il est nécessaire d'obtenir de nouvelles déclarations auprès des témoins, surtout si beaucoup de temps s'est écoulé depuis l'incident. Il est important de joindre la déclaration des témoins (s'il y a lieu). Cependant, il n'est pas nécessaire de joindre une déclaration de tous les témoins de l'incident. Il faut être sélectif et inclure seulement la déclaration des témoins clés, celles qui ajoutent à la validité du DND 2299.

### SECTION 4

Le commandant URSC/CIEC ou un officier désigné par cmdt (grade de capt/Lt(M) ou plus) doit compléter cette section. On doit réunir une commission d'enquête si les circonstances ayant entourés la blessure justifie une enquête poussée et à caractère officiel. Dans le cas où une commission d'enquête ne se réunit pas, une enquête sommaire doit être ordonnée, et ce si la blessure nécessite une hospitalisation de plus de 24 heures, si elle est d'une gravité telle qu'elle soulève des préoccupations immédiates à l'égard de la santé du membre, qu'elle menace ou non sa vie, si elle est probablement de nature de causer une invalidité permanente. On doit prendre en considération s'il subsiste un doute quant à la permanence de la blessure.