

FICHE DE SANTÉ – JEUNES ET ADULTES

Les renseignements suivants sont importants afin d'assurer la santé et la sécurité de tous.

Ce formulaire, qui doit être renouvelé à chaque année, sera conservé aussi longtemps que la personne est membre de l'Association des Scouts du Canada. Tous changements importants concernant ces informations doivent aussi être mis à jour.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom complet			Date naissance (JJ/MM/AAAA)	
Adresse				
Ville			Code postal	
Téléphone			Nom de fille de la mère	

MÉDECIN

Médecin de famille	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Autre :
<i>Si OUI, veuillez remplir la partie ci-dessous.</i>			
Nom du médecin			

EN CAS D'URGENCE

Personnes à contacter en cas d'urgence. *Veuillez bien remplir cette partie. IMPORTANT*

Nom #1			Nom #2	
Téléphone #1			Téléphone #2	
Lien de parenté			Lien de parenté	

INFORMATIONS MÉDICALES / PRÉVENTION

Maladie / Problème de santé	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<i>Si OUI, précisez :</i>
Allergie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<i>Si OUI, précisez :</i>
Épipen ou Twinject	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<i>Autre :</i>
Médicament	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<i>Si OUI, veuillez remplir le formulaire Autorisation parentale pour l'administration d'un médicament</i>
Limitation	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<i>Si OUI, expliquer :</i>
Vaccins à jour	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<i>Expliquer</i>
Blessures graves antérieures et/ou Opérations	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<i>Si OUI, préciser :</i>
Niveau de natation:	<input type="checkbox"/> Ne sait pas nager <input type="checkbox"/> Sait nager en eau peu profonde <input type="checkbox"/> Sait nager en eau profonde		
Doit porter un VFI (vêtement de flottaison individuel) pour nager	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<i>Autre :</i>

POUR JEUNES FEMMES

Règles (menstruation)	OUI <input type="checkbox"/>	Médicament	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Notes: _____
	NON <input type="checkbox"/>	Renseignée?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Notes: _____

Informations additionnelles : _____

AFFECTIONS PARTICULIÈRES

Migraines <input type="checkbox"/>	Épilepsie <input type="checkbox"/>	Port de lunette <input type="checkbox"/>	Maladie de peau <input type="checkbox"/>
Somnambulisme <input type="checkbox"/>	Perte de conscience <input type="checkbox"/>	Essoufflement <input type="checkbox"/>	Trouble de l'appétit <input type="checkbox"/>
Énurésie (pipi au lit) <input type="checkbox"/>	Autre : _____		

SIGNATURE

*Si moins de 14 ans au Québec ou mineur dans les autres provinces, cette fiche doit être signée par un parent ou un tuteur légal.

Signature

Date

Dernière mise à jour : 06.06.2023 {web}