

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		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. <i>Veuillez bien remplir cette partie. IMPORTANT</i>			
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 : 28.08.2020