



FICHE DE SANTÉ ET D'INFORMATIONS

CAMPS/RÉUNIONS/SORTIES

ADULTE/JEUNE

Les renseignements que vous nous donnez sont importants afin d'assurer une protection adéquate à toute personne pendant une activité.

Il est important de bien remplir ce questionnaire car il servira de référence en cas d'urgence.

Ce formulaire peut-être utilisé le temps que la personne demeure au groupe. Il s'agit de le mettre à jour et de le remettre à l'unité suivante.

IDENTIFICATION :

Nom : _____

No ass.-maladie : _____ Expiration _____

Adresse complète : _____

Date de naissance : _____

No. tél. : _____

Nom du père : _____

Nom de la mère : _____

Date d'entrée dans le mouvement scout : _____

Courriel du jeune : _____

Courriel du parent : _____

MÉDICAL :

Nom du médecin : _____

No tél. : _____

Adresse complète : _____

EN CAS D'URGENCE AVERTIR:

Nom : _____

Adresse complète : _____

No tél. maison : _____

No tél. bureau : _____

No tél. autre : _____

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (indiquer père, mère, frère, soeur etc)

Allergie	_____	Cancer	_____
Diabète	_____	Maladie cardiaque	_____
Troubles mentaux	_____	Épilepsie	_____



AUTRES MALADIES ANTÉRIEURES:

Mononucléose	<input type="checkbox"/>	Convulsions	<input type="checkbox"/>	Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	Varicelle	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	Pneumonie	<input type="checkbox"/>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	Rubéole	<input type="checkbox"/>
Pleurésie	<input type="checkbox"/>	Diphtérie	<input type="checkbox"/>	Bronchite	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	Méningite	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>
Jaunisse	<input type="checkbox"/>	Tétanos	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	Roséole	<input type="checkbox"/>
Maladie rénale	<input type="checkbox"/>	Arthrite	<input type="checkbox"/>			Troubles digestifs	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme	<input type="checkbox"/>					Maladie cardiaque	<input type="checkbox"/>

Si oui expliquez (date, médecin ou hôpital, traitement reçu) _____

ALLERGIES:

Eczéma Urticaire Asthme Fièvre des foies
 Piqûres d'insectes Autre

Aux médicaments: spécifiez : _____

Aux produits chimiques : spécifiez : _____

À la nourriture : spécifiez : _____

Autres : spécifiez : _____

VACCINATION (donnez la date):

DCT(diphtérie, coqueluche, tétanos)	_____	Rougeole	_____
Poliomyélite	_____	Rubéole	_____
BCG (tuberculose)	_____	Oreillons	_____
Anti-variolique	_____	Méningite	_____

Autres (spécifiez) : _____

Accident ? _____
 Hospitalisation ? _____
 Opération ? _____
 Nom de l'hôpital : _____
 Raison : _____
 Date du dernier examen des dents: _____



ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL:

Essoufflement	<input type="checkbox"/>	Perte de connaissance	<input type="checkbox"/>	Maux de tête	<input type="checkbox"/>
Cauchemars	<input type="checkbox"/>	Trouble de la vue	<input type="checkbox"/>	Sinusite	<input type="checkbox"/>
Constipation	<input type="checkbox"/>	Port des lunettes	<input type="checkbox"/>	Diarrhée	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>
Indigestion	<input type="checkbox"/>	Douleur à la poitrine	<input type="checkbox"/>	Toux	<input type="checkbox"/>
Étourdissement	<input type="checkbox"/>	Douleur au ventre	<input type="checkbox"/>	Arthrite	<input type="checkbox"/>
Troubles urinaires	<input type="checkbox"/>	Troubles menstruels	<input type="checkbox"/>	Rhumatisme	<input type="checkbox"/>
Maladie de la peau	<input type="checkbox"/>	Fatigue inhabituelle	<input type="checkbox"/>	Amygdalite	<input type="checkbox"/>
Saignement de nez	<input type="checkbox"/>	Troubles de l'appétit	<input type="checkbox"/>	Claustrophobie	<input type="checkbox"/>
Somnambulisme	<input type="checkbox"/>	Pertes vaginales anormales	<input type="checkbox"/>		

Engelure (quel endroit) _____

Remarques et explications si nécessaire: _____

Y a-t-il une médication présentement ? oui Non

Si vous répondez par l'affirmative, veuillez indiquer la posologie des médicaments pris en permanence : _____

Indiquez la posologie de tout médicament à prendre au camp : (Prise temporaire)

Signature des parents ou tuteur(trice) si moins de 18 ans.

_____ Date _____



AUTORISATION DES PARENTS : CAMP

Aucun(e) campeur(se) n'est autorisé(e) à quitter le terrain de camp sauf pour les excursions ou sorties prévues dans le programme. Si le ou la campeur(se) doit quitter le camp pour quelque raison que ce soit, en faire la demande par écrit.

Le camp fournit tous les soins nécessaires en cas d'urgence. Les campeurs(ses) qui requièrent des soins spéciaux, injections ou autres, feront parvenir à la direction du camp, une semaine au moins avant le départ, un avis du médecin donnant les instructions nécessaires. Tout médicament que le ou la campeur(se) doit prendre pendant la durée du camp doit être étiqueté et remis à l'infirmier(e) ou l'animateur(trice) responsable dès l'arrivée au camp.

Le programme de camp peut comprendre: natation, canotage, excursion, dressage de tentes, etc.

Votre enfant souffre-t-il (elle) de quelques incapacités physiques qui l'empêcheraient de participer entièrement à ces activités ?

Non

Oui, expliquer :

Votre enfant sait-il(elle) nager? oui / non

Sachant que toutes les précautions seront prises, je dégage les autorités de l'unité de toutes responsabilités en cas d'accident et j'autorise l'animateur(trice) responsable du camp à consulter un médecin, à recourir à des soins s'il (elle) le juge nécessaire pour la santé de mon enfant et j'accepte la responsabilité financière de ces soins s'ils dépassent l'Indemnité payée par le plan provincial d'assurance-maladie et par l'assurance de l'Association.

Quand la santé et la sécurité du ou de la campeur(se) sont en cause, quand le médecin ou l'infirmier(e) conseille des soins plus élaborés, (soins qui réclament le consentement des parents), quand toutes les démarches pour rejoindre les parents ou le ou la tuteur(trice) ont échoué ou quand l'urgence du cas ne laisse pas le temps de faire ces démarches.

Il est laissé à la discrétion de l'animateur(trice) responsable du camp de prendre les décisions qui s'imposent pour la santé et la sécurité du ou de la campeur(se).

AUTORISATIONS DES PARENTS: CAMP

J'accepte ce qui précède et autorise mon fils ou ma fille à participer au camp:

Du _____ au _____ 20__ Signature_____ Date ___/___/___

NOM, ADRESSE, no . DE TELEPHONE ou CELLULAIRE
DE LA PERSONNE
À AVERTIR EN CAS D'URGENCE :



Je, _____ en ma qualité de _____ autorise l'A.S.C. (Association des Scouts du Canada) - ainsi que ses districts, groupes et unités, scouts - à utiliser l'image de mon enfant

(spécifier le nom : _____ prise sur support photographique ou vidéo lors de l'année scout de septembre 20__ à août 20__

Ces photos ou vidéos sont cédées dans le cadre du montage d'une banque de photos/vidéos. Leur utilisation se fera dans le cadre d'activités de promotion du mouvement scout, de l'Association, du district, du groupe ou de l'unité dans le cadre d'échange avec d'autres unités scoutées et dans d'autres activités en lien avec le scoutisme - sur les supports suivants (liste non exhaustive) :

- À l'intérieur du site internet www.scoutsducanada.ca mais également dans des documents tels que les publications imprimées¹ ou électroniques de l'Association, de promotion générale et d'événements. OUI NON
- À l'intérieur du site internet www.9egroupescout.ca OUI NON
- À l'intérieur du site internet www.scoutsdelamonteregie.ca OUI NON
- À l'intérieur du facebook : OUI NON

Par le fait même, je renonce à toute forme de rémunération ainsi qu'à tout recours ou poursuite de quelque nature que ce soit contre l'Association des Scouts du Canada (l'Association en sera seule titulaire des droits).

Je confirme que je suis habilité à accorder à l'Association des Scouts du Canada cette autorisation d'utilisation des photos/vidéos concernées par cette entente².

Ma signature atteste que j'ai pris connaissance et compris le contenu de ce document et que j'en accepte les termes et conditions.

le

à

date

endroit

signature

¹ Incluant le calendrier scout

² Pour un enfant, je suis le responsable légal