

FICHE DE SANTÉ – JEUNES ET ADULTES

Les renseignements suivants sont importants afin d'assurer la santé et la sécurité de tous. Ce formulaire sera conservé aussi longtemps que la personne est membre de l'Association des scouts du Canada. Tous changements importants concernant ces informations doivent être mis à jour.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom complet		JJ/MM/AAAA	
Adresse		N° appartement	
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			
Téléphone		Ville	

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

Numéro d'assurance maladie		Expiration (AAAA/MM)	
Problème de santé	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<i>Si OUI, précisez :</i>
Allergie sévère	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>
Médication	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<i>Si OUI, précisez (posologie) :</i>
Handicap / limitation	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<i>Si OUI, expliquer :</i>
Date de la dernière vaccination pour DCT (diphtérie, coqueluche, tétanos)		(AAAA/MM)	
Blessures graves antérieures	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<i>Si OUI, précisez :</i>
Doit porter un VFI (vêtement de flottaison individuel) pour nager	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<i>Autre :</i>

ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

Pour jeunes femmes Règles (menstruation) OUI NON Renseignée? OUI NON Médicament OUI NON

Pour des raisons autres que normales, veuillez expliquer :

Pour tous, veuillez cocher ce qui s'applique.

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"/>

SIGNATURE

*Si moins de 18 ans, cette fiche doit être signée par un parent ou un tuteur légal.

Signature	Date
-----------	------