



# FICHE SANTÉ ET AUTORISATION

## 45<sup>e</sup> Groupe scout La Vallée des Monts

### 2020 - 2021

#### IDENTIFICATION DU JEUNE

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin    Date de naissance (AAAA-MM-JJ) : \_\_\_\_\_    Âge au 30 septembre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

La carte d'assurance-maladie doit être en possession des animateurs pour durant les activités scouts et camp.

Numéro d'assurance-maladie: \_\_\_\_\_ Expiration (AAAA-MM): \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICATION DES PARENTS

Nom de la mère: \_\_\_\_\_

Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Même adresse que l'enfant

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (Rés.): \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_

Nom du père: \_\_\_\_\_

Prénom du père : \_\_\_\_\_

Même adresse que l'enfant

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (Rés.): \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_

## AUTORISATION MÉDICALE

En signant la présente, j'autorise les animateurs du Groupe scout La Vallée des Monts à prodiguer tous les soins nécessaires à mon enfant. Si les animateurs du Groupe scout La Vallée des Monts le jugent nécessaire, je les autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du Centre à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

**Initiales :** \_\_\_\_\_

## CHANGEMENT DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant l'année scout, je m'engage à transmettre cette information aux animateurs du Groupe scout La Vallée des Monts.

**Initiales :** \_\_\_\_\_

## AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT

J'autorise les animateurs du Groupe scout La Vallée des Monts à administrer à mon enfant, si nécessaire, au besoin médicament sans ordonnance en vente libre.

- Acétaminophène (Tylenol, Tempra)
- Antiémétique (Gravol)
- Antihistaminique (Benadryl, Reactine)
- Anti-inflammatoire (Advil)
- Sirop contre la toux
- Antibiotique en crème (Polysporin)
- Autre, préciser : \_\_\_\_\_

**Initiales :** \_\_\_\_\_



### SITUATION DE SANTÉ Cochez ce qui est applicable

Situation de santé	Précisions, actions à prendre, etc.
<input type="checkbox"/> Asthme	
<input type="checkbox"/> Constipation / Diarrhée	
<input type="checkbox"/> Insomnie	
<input type="checkbox"/> Anxiété	
<input type="checkbox"/> Mal des transports	
<input type="checkbox"/> Maux de têtes fréquents	
<input type="checkbox"/> Fille : Menstruation	<input type="checkbox"/> Elle n'est pas renseignée <input type="checkbox"/> Elle est renseignée
<input type="checkbox"/> Nausées fréquentes / Vomissements	
<input type="checkbox"/> Otites fréquentes	
<input type="checkbox"/> Pipi au lit	
<input type="checkbox"/> Somnambulisme	
<input type="checkbox"/> Autre	
Vaccins à jour? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date du dernier vaccin DCT (Tétanos) : ____/____/____ (Si Disponible)

Autres renseignements nous permettant de mettre en place des services ou des mesures facilitant une meilleure participation de l'enfant (ex. : horaire imagé, pauses, périodes de repos etc.) :

### CAPACITÉS AQUATIQUES

Autonomie dans l'eau : <input type="checkbox"/> Nage seul en eau profonde <input type="checkbox"/> Nage seul en eau peu profonde <input type="checkbox"/> Nage seul avec veste de flottaison (VFI)	<input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement <input type="checkbox"/> Ne sait pas nager <input type="checkbox"/> Doit porter des bouchons * Si l'enfant est épileptique, discutez avec les animateurs du port du VFI
A-t-il suivi un cours de natation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Dernier niveau de natation complété :

### CONSENTEMENT À L'UTILISATION DE PHOTOS ET VIDÉOS

Tout au long de l'année, les animateurs, les parents et les employés de l'Association des scouts du Canada (ASC) prennent des photos et des vidéos des membres pendant les activités scouts. Ces photos et vidéos sont habituellement conservées dans les albums photo des groupes et publiées sur le site Web de ces derniers. Certaines photos et vidéos sont parfois remises aux journaux locaux, à des partenaires pour la promotion du scoutisme, aux services des communications de l'Association et peuvent être utilisées pour les publications de l'ASC ou du matériel promotionnel.

- J'autorise** l'Association des scouts du Canada ainsi que ses organisations affiliées à utiliser des photos et vidéos du membre inscrit.
- Je n'autorise pas** l'Association des scouts du Canada ainsi que ses organisations affiliées à utiliser des photos et des vidéos du membre inscrit.

**Initiales :** \_\_\_\_\_

