



FICHE SANTÉ
45° Groupe Scout La Vallée des Monts

IDENTIFICATION DU SCOUT

Prénom : _____ Nom : _____

Masculin Féminin Date de naissance (aaaa-mm-jj) : _____ Âge au 30 sept. : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Courriel : _____

Tél. Maison : _____ Cellulaire : _____

Carte assurance maladie _____ Expiration : _____

La carte RAMQ doit rester en possession des animateurs durant les activités scoutées et les camps.
Une photocopie couleur de la carte RAMQ doit être jointe à la fiche d'inscription.

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

	Contact 1	Contact 2
Prénom :	_____	_____
Nom :	_____	_____
Lien avec l'enfant :	_____	_____
Tél. maison :	_____	_____
Cellulaire :	_____	_____
Autre :	_____	_____

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. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités de l'établissement 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 : _____

AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT

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

Produits	Autorisation	Précision
Acétaminophène (Tylenol, Temptra)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Antiémétique (Gravol)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Antihistaminique (Benadryl, Reactine)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Anti-inflammatoire (Advil)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Sirop contre la toux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Antibiotique en crème (de type Polysporin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autre : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autre : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autre : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS (Cochez ce qui est applicable)

<input type="checkbox"/>	Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	Précisez :
<input type="checkbox"/>	Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH)	Précisez :
<input type="checkbox"/>	Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition <input style="margin-left: 100px;" type="checkbox"/> Agressivité <input style="margin-left: 100px;" type="checkbox"/> Passivité
		<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
<input type="checkbox"/>	Diabète	Précisez :
<input type="checkbox"/>	Épilepsie	Précisez :
<input type="checkbox"/>	Autre(s)	Précisez :
<input type="checkbox"/>	Autre(s)	Précisez :
<input type="checkbox"/>	Autre(s)	Précisez :

ALLERGIES (Cochez ce qui est applicable)

Allergies et/ou intolérances * : Oui Non
 * Alimentaires – Animaux et insectes – Médicaments – Autres

Précisez : _____

Signes et symptômes à surveiller : _____

Auto-injecteur d'Épinéphrine (Epipen ou autre) : Oui Non

MÉDICATION

Pour être conforme à la loi et nous permettre d'administrer la médication, vous devez joindre une copie de la prescription de médication avec ce formulaire.

Votre enfant doit-il prendre des médicaments au camp ? Oui Non

Nom du médicament	Prescrit pour (raison)	Dosage et posologie	Effets secondaires et/ou contre-indications (exposition au soleil, hydratation, appétit, somnolence, etc.)

COMMENTAIRES :

SITUATION DE SANTÉ (Cochez ce qui est applicable)

Situation de santé		Précisions, actions à prendre, commentaires, etc.
<input type="checkbox"/>	Asthme	
<input type="checkbox"/>	Constipation / Diarrhée	
<input type="checkbox"/>	Anxiété	
<input type="checkbox"/>	Mal des transports	
<input type="checkbox"/>	Maux de tête fréquents	
<input type="checkbox"/>	Nausées fréquentes / Vomissements	
<input type="checkbox"/>	Otites fréquentes	
<input type="checkbox"/>	Pipi au lit	
<input type="checkbox"/>	Somnambulisme	
<input type="checkbox"/>	Insomnie	
<input type="checkbox"/>	Insécurité nocturne	
<input type="checkbox"/>	Fille : Menstruation	<input type="checkbox"/> Elle est renseignée sur le sujet <input type="checkbox"/> Elle n'est pas renseignée sur le sujet
<input type="checkbox"/>	Autre (précisez)	
<input type="checkbox"/>	Autre (précisez)	

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

CAPACITÉS AQUATIQUES

Autonomie et capacités de nage

<input type="checkbox"/>	Nage seul en eau profonde	<input type="checkbox"/>	A besoin d'accompagnement
<input type="checkbox"/>	Nage seul en eau peu profonde	<input type="checkbox"/>	A peur de l'eau
<input type="checkbox"/>	Nage seul avec veste de flottaison (VFI)	<input type="checkbox"/>	Doit porter des bouchons
<input type="checkbox"/>	Ne sait pas nager		

CHANGEMENT / ÉVOLUTION 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.

Signature : _____ Date : _____

Nom en lettre moulées : _____

* Doit être rempli et signé par le parent ou le tuteur légal si le membre est âgé de moins de 18 ans.