



FICHE SANTÉ - 2024 - 2025
45^e Groupe Scout - La Vallée des Monts



Identification du membre

Prénom		Nom	
--------	--	-----	--

<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre		Date de naissance : _____	
Adresse			
Ville			
Code postal			
Tél. Maison		Tél. Cellulaire	
Carte d'assurance maladie		Date expiration	
Médecin traitant :		Téléphone	

Personnes à contacter en cas d'urgence

<u>Personne 1</u>		<u>Personne 2</u>	
Prénom		Prénom	
Nom		Nom	
Lien avec le membre		Lien avec le membre	
Téléphone		Téléphone	

Autorisation médicale

- En signant la présente, j'autorise l'équipe d'animation du 45^e Groupe Scout La Vallée des Monts à prodiguer tous les soins nécessaires à la personne indiquée dans la section " Identification du membre ".
- Si les signes et symptômes nécessitent un avis médical, j'autorise le transport de la personne indiquée dans la section " Identification du membre " par ambulance ou autrement (à mes frais) dans un établissement de santé.
- J'autorise le médecin choisi par les autorités de l'établissement à prodiguer à la personne indiquée dans la section " Identification du membre " tous les soins médicaux requis du fait de son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, d'injections, l'anesthésie, l'hospitalisation ou autres.

Signature : _____ Date : _____



Médicaments avec ordonnance

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	Quand	Dosage et posologie	Il y a-t-il des effets secondaires dont nous devons être informés
	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Coucher		
	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Coucher		
	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Coucher		
	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Coucher		
	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Coucher		

Précisions et détails à connaître :



Médicaments sans ordonnance

J'autorise la personne reconnue comme responsable, ainsi que la personne qui l'assiste, ou celle désignée par les animateurs du Groupe scout, à administrer à la personne indiquée dans la section "Identification du membre", si nécessaire, des médicaments en vente libre sans ordonnance conformément au mode d'emploi, à la posologie, aux directives et aux recommandations fournies par le fabricant.

Toute administration de médicament sera consignée et communiquée.

Nous demandons aux parents de fournir dans son emballage d'origine tout médicament sans ordonnance.

Initiales: _____

Produit	Autorisation	Information supplémentaire
Acétaminophène (ex. Tylenol, Tempra)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Antiémétique (ex. Gravol)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Antihistaminique (ex. Benadryl, Reactine)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Anti-inflammatoire (ex. Advil)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Sirop contre la toux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Antibiotique en crème (ex. Polysporin)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Insectifuge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Crème solaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autre : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Précisions (si requis):



FICHE SANTÉ - 2024 - 2025

45^e Groupe Scout - La Vallée des Monts



État de santé

Afin d'assurer le bon fonctionnement et la coordination au sein du groupe, nous vous recommandons vivement de partager avec nous toutes les informations pertinentes concernant les **traitements**, les **changements à l'état de santé** ou par rapport aux **particularités du quotidien** de la personne indiquée dans la section " Identification du membre " .

Une communication transparente et régulière nous est essentielle pour permettre une gestion efficace et un soutien adéquat. Votre collaboration contribue à assurer que nous pouvons répondre rapidement aux besoins du membre et maintenir une organisation harmonieuse.

Soyez assurés que toutes les informations partagées sont strictement confidentielles et ne sont consultées que par l'équipe d'animation et par le chef de groupe au besoin, et utilisé uniquement dans le cadre de la gestion et du soutien de la personne indiquée dans la section " Identification du membre "

Initiales: _____

Problème de santé connu	Cocher si applicable	Information supplémentaire
Allergie à certaines matières ou aliments	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Allergie à des médicaments	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Intolérances ou rigidités alimentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Suit un régime alimentaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Épilepsie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Anxiété	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Constipation ou de diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nausée ou de vomissements fréquents	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Mal des transports	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Énurésie (pipi au lit)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Somnambulisme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	



FICHE SANTÉ - 2024 - 2025
45^e Groupe Scout - La Vallée des Monts



Insomnie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autonome pour son hygiène personnelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Fille : Menstruation - Est-elle informée sur le sujet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Problèmes de motricité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Difficultés d'expression	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Difficultés de compréhension	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Exprime ses envies, ses émotions facilement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autres :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Précisions (si requis) :		

Capacités aquatiques

Autonomie et capacités à la nage : Cochez toutes les cases pertinentes

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



FICHE SANTÉ - 2024 - 2025
45^e Groupe Scout - La Vallée des Monts



Autorisation – Camp/sortie

En signant l'autorisation, vous certifiez que les conditions médicales et les informations figurant sur la fiche santé sont exactes et à jour au moment de la signature.

	Camp/sortie	Date	Signature
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

Confirmation des renseignements

J'atteste que les renseignements consignés dans la présente fiche sont exacts et si des changements dans l'état de santé survenaient au cours de l'année, je m'engage à transmettre ces informations aux animateurs du 45^e Groupe scout La Vallée des Monts.

Signature : _____ Date : _____



FICHE SANTÉ - 2024 - 2025 45^e Groupe Scout - La Vallée des Monts



Acceptation des risques

- Par la présente, je reconnais avoir été informé(e) des risques inhérents du scoutisme et de ses activités, en cours ou futures, peu importe le niveau de supervision ainsi que du niveau de mon habileté et de mon expérience. De plus, il n'y a aucun facteur ou condition que je devrais dévoiler aux organisateurs qui rendrait dangereuse ma participation aux activités de scoutisme
- Je reconnais également qu'il est de mon devoir de respecter les règles, les consignes et les façons de faire applicables aux activités auxquelles je participe.
- Il est de ma seule responsabilité de veiller à la garde de mes biens et de mon devoir de respecter les règles de conduite qui, suivant les circonstances, les usages ou la loi, s'imposent à moi, de manière à ne pas causer de dommage à autrui, incluant à leurs biens.
- Sauf pour les causes à l'ordre public, je dégage de toute responsabilité le « 45e Groupe La Vallée des Monts » et le « District de la Montérégie », leurs administrateurs, dirigeants, employés, bénévoles, agents et représentants de tout dommage que je pourrais subir à la suite de la pratique du scoutisme, ainsi qu'à la suite de ma participation à toute activité sanctionnée par le « 45e Groupe La Vallée des Monts » et le « District de la Montérégie » qu'elle qu'en soit la cause ou la nature.
- À cet effet, je renonce dès à présent à tout recours contre les personnes mentionnées ci-dessus. La présente renonciation prend effet immédiatement et continuera son effet tant que je participerai aux activités visées par la présente et lie tous mes héritiers, liquidateurs de succession et ayants cause ainsi que toute autre personne qui me représente. Par ailleurs, le « 45e Groupe La Vallée des Monts » et le « District de la Montérégie » se dégagent de toute responsabilité reliée au vol, à la perte ou au bris de biens des participants lors des activités de scoutisme.

Initiales: _____



Acceptation des risques (Suite)

J'accepte et reconnais qu'il y ait des risques dans le scoutisme pouvant causer des pertes, blessures ou décès, ces risques sont identifiés non limitativement dans la liste ci-dessous :

- Blessures dues à des chutes ou autres mouvements (entorse, foulure, fracture, etc.);
- Blessures avec objet contondant ou coupant (branche, matériel, etc.);
- Blessures résultant de contact accidentel ou non entre les individus;
- Froid ou hypothermie ainsi que le contact avec l'eau, voire noyade;
- Brûlures ou troubles dus à la chaleur (feux, matériel chauffant, soleil, température, etc.);
- Graves allergies;
- Contact avec des animaux sauvages, ou des plantes vénéneuses ou irritantes;
- Vol, perte ou bris (accidentel ou non) de biens (lunettes, vêtements, matériel, etc.);
- Une défaillance des équipements de protection individuelle;
- Des comportements, même négligents, de la part d'autres individus;
- Décès.

		45e Groupe La Vallée des Monts et District de la Montérégie
--	--	---

Nom du participant

Âge

Groupe et District

--	--	--

Nom parent ou tuteur (*si applicable)

Date

Signature

**Si le participant a moins de 18 ans : je confirme que je suis le parent ou le gardien d'un participant mineur et que je signe ce formulaire d'acceptation des risques et de renonciation en mon nom de tuteur/gardien de cet enfant.*

Je déclare avoir bien informé le mineur de tous les risques susmentionnés ou de tout autre risque dont j'aurais connaissance et ferai en sorte de retirer ce mineur des activités si je juge que les risques sont trop importants pour lui.