



- Castors Louveteaux-Lynx Louveteaux-Coyotes Louveteaux-Renards
 Éclaireurs-Montagnards Éclaireurs-Sentinelles Pionniers

Les informations données assurent la sécurité du jeune

Nom du jeune : _____	Date de naissance : _____ / _____ / _____ <small>année mois jour</small>
Adresse : _____ <small>No civique, rue</small>	Téléphone : (____) _____ - _____
_____	No ass. maladie : _____
_____	Date d'expiration : _____ / _____ <small>année mois</small>
Nom du parent ou tuteur (principal répondant) : _____	Tél. travail : (____) _____ - _____
_____	Tél. travail : (____) _____ - _____
Nom du parent ou tuteur (répondant secondaire) : _____	Tél. travail : (____) _____ - _____
_____	Tél. travail : (____) _____ - _____

Contact en cas d'urgence (autre que parents ou tuteurs, si ceux-ci sont absents) :

Nom : _____	Lien de parenté : _____
Adresse : _____ <small>No civique, rue</small>	Tél. rés. : (____) _____ - _____
_____	Tél. trav. : (____) _____ - _____
_____	Tél. trav. : (____) _____ - _____

Médecin :

Nom : _____	Téléphone : (____) _____ - _____
Hôpital ou clinique : _____	Téléphone : (____) _____ - _____

Renseignements médicaux

Vaccinations terminées : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Menstruations douloureuses : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date du dernier rappel pour le tétanos : _____ / _____ / _____ <small>année mois jour</small>	Prescription pour soulagement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Allergies :	Spécifier : _____
<input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Fièvre des foies <input type="checkbox"/> Pénicilline <input type="checkbox"/> Piqûres d'insectes	
Animaux (préciser) : _____	Nourritures (préciser) : _____
Produits chimiques (préciser) : _____	Autres (préciser) : _____
Santé actuelle :	Autres renseignements pertinents sur la santé du jeune :
<input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Épilepsie	_____
Maux de : <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Oreilles <input type="checkbox"/> Ventre <input type="checkbox"/> Tête	_____
Si le jeune prend des médicaments, lesquels : _____	
En sortie ou en camp j'autorise ces médicaments : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Épipen : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• J'autorise les bénévoles à administrer si nécessaire des médicaments en vente libre tels que l'acétaminophène (Tylenol), l'antihistaminique (Benadryl) et onguent (Polysporin) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• J'autorise les bénévoles à permettre des soins médicaux ou ambulanciers en cas d'urgence, si les parents ne sont pas joignables : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Signature du parent (pour les moins de 18 ans) : _____

**Cette fiche demeure strictement confidentielle. Tous les membres de l'équipe d'animation y auront accès.
Au besoin elle sera présentée à toute autorité médicale.**

Aucun participant n'est autorisé à quitter le terrain de la sortie ou du camp sauf pour ce qui est prévu dans le programme. S'il doit quitter la sortie ou le camp pour quelque raison que ce soit, en aviser l'animateur désigné pour la sortie ou le camp.

L'unité ne fournit aucun médicament habituellement prescrit. Les participants qui requièrent des soins spéciaux, injections ou autres feront parvenir à l'animateur désigné pour la sortie ou le camp, les instructions nécessaires. **Tout médicament que le jeune doit prendre pendant la durée de la sortie ou le camp, doit être étiqueté et remis à l'animateur désigné ou au responsable des premiers soins.**

Les participants reçoivent l'attention nécessaire à leur santé et à leur sécurité mais **tout adulte inscrit au formulaire ne peut être tenu responsable personnellement**, de tout accident qui pourrait survenir.

Le programme de la sortie ou du camp peut contenir : natation, canotage, excursion, montage de tente, alpinisme, spéléologie, etc. Est-ce que la personne concernée souffre d'incapacité physique qui l'empêcherait de participer entièrement à ce qui est prévu dans le programme ? **Oui** **Non**

Sachant que toutes les précautions seront prises, je **dégage** les autorités du District scout de la Montérégie, du Groupe scout Mont-St-Hilaire, de l'unité de toute responsabilité en cas d'accident et j'**autorise** l'animateur désigné pour la sortie ou le camp, les adjoints ou le responsable des premiers soins, à consulter un médecin et à recourir à ses soins, s'il juge nécessaire pour la santé de mon jeune et j'**accepte** la responsabilité financière de ces soins, s'ils dépassent d'indemnité payée par l'assurance-maladie du Québec :

- Quand la santé et la sécurité du participant sont en cause ;
- Quand un médecin ou l'infirmière conseille des soins plus élaborés, soins qui réclament le consentement des parents ou du tuteur ;
- Quand toutes les démarches pour rejoindre les parents ou tuteurs 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 désigné pour la sortie ou le camp, des adjoints ou du responsable des premiers soins, de prendre les décisions qui s'imposent pour la santé et la sécurité de mon jeune.

Dates de sortie ou camp	État de santé actuel	Signature – Parent ou tuteur	Signé le
du ___/___/___ au ___/___/___	_____	_____	___/___/___
du ___/___/___ au ___/___/___	_____	_____	___/___/___
du ___/___/___ au ___/___/___	_____	_____	___/___/___
du ___/___/___ au ___/___/___	_____	_____	___/___/___
du ___/___/___ au ___/___/___	_____	_____	___/___/___
du ___/___/___ au ___/___/___	_____	_____	___/___/___
du ___/___/___ au ___/___/___	_____	_____	___/___/___
du ___/___/___ au ___/___/___	_____	_____	___/___/___