



Fiche Santé – Jeune

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Castors | ☐ Louveteaux-Lynx | ☐ Louveteaux-Renards | ☐ Louveteaux-Coyotes |
| ☐ Éclaireurs-Montagnards | ☐ Éclaireurs-Sentinelles | ☐ Pionniers | ☐ Routiers |

**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.**

Nom du jeune : _____	Date de naissance : _____ / _____ / _____ année mois jour
Adresse : _____ No civique, rue	Téléphone : (____) ____-____
_____	No. Ass. Maladie : _____
_____ ville, province	Date d'expiration : _____ / _____ année mois
_____ code postal	
Nom du parent/tuteur (principal répondant) : _____	Téléphone : (____) ____-____
Nom du parent/tuteur (répondant secondaire) : _____	Téléphone : (____) ____-____

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

Nom : _____	Lien de parenté : _____
Adresse : _____	Tél. rés. : (____) ____-____
_____	Tél. cell. : (____) ____-____

Médecin :

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

Vaccinations terminées : ☐ Oui ☐ Non

Date du dernier rappel pour le tétanos : _____ / _____ / _____
année mois jour

Menstruations douloureuses : ☐ Oui ☐ Non

Prescription pour soulagement : ☐ Oui ☐ Non

Spécifier : _____

Allergies :

☐ Pénicilline ☐ Eczéma ☐ Urticaire ☐ Asthme ☐ Fièvre des foies ☐ Piqûres d'insectes **Épipen :** ☐ Oui ☐ Non

Animaux (préciser) : _____ Nourritures (préciser) : _____

Produits chimiques (préciser) : _____ Autres (préciser) : _____

Santé :

☐ Bonne ☐ Diabète ☐ Épilepsie **Maux de :** ☐ Gorge ☐ Oreilles ☐ Ventre ☐ Tête

Si le jeune prend des **médicaments**, lesquels : _____

En sortie ou en camp j'autorise ces médicaments : ☐ Oui ☐ Non

Autres renseignements pertinents sur la santé du jeune : _____

- | | |
|---|---|
| • J'autorise les bénévoles à administrer si nécessaire des médicaments en vente libre tels que l'acétaminophène (Tylenol), ibuprofène (Advil), l'antihistaminique (Benadryl), et onguent (Polysporin) : | ☐ Oui ☐ Non |
| • J'autorise les bénévoles à permettre des soins médicaux ou ambulanciers en cas d'urgence, si les parents ne sont pas joignables : | ☐ Oui ☐ Non |

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.

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

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	_____	_____	