



# Fiche Santé

## 21ème Groupe Scout de Beloeil

Les informations données assurent la sécurité du participant

**Unité** 54e Meute Garolou  
**Groupe** 21e Groupe Scout de Beloeil

**Année de validité**  
2010-2011

### Jeune

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
Naissance \_\_\_\_\_  
Ass. Maladie \_\_\_\_\_  
Expiration \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_

### Parent 1

Nom, Prénom \_\_\_\_\_  
Lien de parenté \_\_\_\_\_  
Tél. Bureau \_\_\_\_\_  
Tél. Maison \_\_\_\_\_  
Tél. Mobile \_\_\_\_\_

### Parent 2

Nom, Prénom \_\_\_\_\_  
Lien de parenté \_\_\_\_\_  
Tél. Bureau \_\_\_\_\_  
Tél. Maison \_\_\_\_\_  
Tél. Mobile \_\_\_\_\_

### Autre contact - En cas d'urgence

Nom, Prénom \_\_\_\_\_  
Lien de parenté \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Tél. Bureau \_\_\_\_\_  
Tél. Maison \_\_\_\_\_  
Tél. Mobile \_\_\_\_\_

### Médecin

Nom, Prénom \_\_\_\_\_  
Hôpital/Clinique \_\_\_\_\_  
Tél. Hôpital \_\_\_\_\_  
No. Dossier \_\_\_\_\_

### Autres informations

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Signature du parent

\_\_\_\_\_

Le cas échéant, tout changement doit nous être  
communiquer avant chaque sortie.

### Renseignements médicaux

**Oui Non**  
Vaccinations terminées    
Menstruations douloureuses    
Prescription ? (précisez) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Allergies

**Oui**  
Eczéma   
Urticaire   
Asthme   
Fièvre des foies   
Animaux   
Produits chimiques   
Arachides

Autres ? (précisez) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Santé actuelle

**Oui Non**  
Bonne santé    
Maux de tête    
Maux d'oreilles    
Maux de gorge    
Maux de Ventre

Autres ? (précisez) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Médicaments

veuillez préciser lesquels. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

J'autorise la prise de ces médicaments  
en sortie.

**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.**

*Le masculin est utilisé pour la forme grammaticale*

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. Les participants qui requièrent des soins spéciaux, injections ou autres feront parvenir à l'animateur désigné pour la sortie ou le camp, une semaine au moins avant le départ, un avis du médecin donnant les instructions nécessaires. Tout médicament que l'enfant doit prendre pendant la durée de la sortie ou le camp, doit être étiqueté et remis à l'animateur désigné pour la sortie ou le camp 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.

**Oui Non**

Est-ce que la personne concernée souffre d'incapacité physique qui pourrait l'empêcher de participer entièrement à ce qui est prévu dans le programme?

Sachant que toutes les précautions seront prises, je dégage les autorités du district Scouts et Guides de Saint-Hyacinthe, du groupe de l'unité ou de la sortie ou du camp 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 enfant et j'accepte la responsabilité financière de ces soins s'ils dépassent l'indemnité payée par l'assurance-maladie du Québec :

- Quand la santé et la sécurité du participant sont en causes.
- 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 tuteur ont échouées 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 enfant. Par la présente signature je confirme l'acceptation de ces politiques et procédures.

Activité(s)	Date(s)	Signature parent	Date
_____	/ /	_____	/ /
_____	/ /	_____	/ /
_____	/ /	_____	/ /
_____	/ /	_____	/ /

**Jeune:**