

FICHE SANTÉ 2023-2024

Groupe Scout Les MaScoutains

Unité :

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Prénom : Nom de famille : Date de naissance (aaaa-mm-jj) :
Adresse : Ville : Code postal :
Téléphone :
L'enfant demeure avec : ses parents garde partagée sa mère son père tuteur
 famille d'accueil autre, préciser

COORDONÉES DES PARENTS / TUTEURS

Nom et prénom : <input type="text"/>	Nom et prénom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
Téléphone maison : <input type="text"/>	Téléphone maison : <input type="text"/>
cellulaire : <input type="text"/>	cellulaire : <input type="text"/>
autre : <input type="text"/>	autre : <input type="text"/>
Courriel : <input type="text"/>	Courriel : <input type="text"/>

URGENCES

En cas d'urgence indiquez le nom et les coordonnées de deux personnes (autres que les parents ou tuteurs), qui sont autorisées à venir chercher votre enfant et/ou que nous pourrions contacter si nous sommes dans l'impossibilité de vous joindre

Nom et prénom : <input type="text"/>	Nom et prénom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
Téléphone maison : <input type="text"/>	Téléphone maison : <input type="text"/>
cellulaire : <input type="text"/>	cellulaire : <input type="text"/>
autre : <input type="text"/>	autre : <input type="text"/>
Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Voisin <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/>	Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Voisin <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/>

INFORMATIONS DE BASE

Ass. Maladie : Expiration (aaaa-mm) : Groupe Sanguin :
Taille : Poids : Hôpital / clinique fréquenté :
Médecin de famille : Téléphone :

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE

Votre enfant souffre-t-il? (cochez si oui) :

- Asthme Constipation Diabète Énurésie nocturne (pipi au lit) Épilepsie Hyperactivité
 Maux de tête Somnambulisme Autre :

Votre enfant présente une / des particularité(s) au niveau de :

- Cœur Colonne vertébrale Dents (appareil dentaire) Estomac Gorge Nez
 Oreilles (appareil auditif) Peau Poumons Reins Yeux (lunette lentilles)
 Menstruations douloureuses (assurez vous que votre fille soit bien renseignée à ce sujet) Autre

Précisions :

Allergies

<input type="text"/> Aspirine	<input type="text"/> Animaux (Précisez)	<input type="text"/> Alimentaires (Précisez)	<input type="text"/> Herbes à puces
<input type="text"/> Pénicilline	<input type="text"/> Piqûres d'insectes	<input type="text"/> Rhume des foies	<input type="text"/> Urticaire
<input type="text"/> Autre (Précisez)			

Précisions (nature, symptômes, et traitements):

S'il y a lieu, l'enfant aura son doseur d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit, Twinject, ...) avec lui au camp.

Qui est autorisé à conserver ce médicament? Qui est autorisé à administrer ce médicament?

Posologie :

À SIGNER SI L'ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées ci-haut à administrer selon le besoin en cas d'urgence la dose d'adrénaline spécifiée en posologie à mon enfant. Signature : Date (aaaa-mm-jj) :

COMPORTEMENT ET SANTÉ MENTALE

Traits de caractère Cochez les traits de caractères apparaissant chez votre enfant :

Stressé Nerveux Timide Agressif Obéissant Énergique Leader Sociable
 Craintif Enjoué Conciliant Introverti Extroverti Anxieux Désobéissant S'ennuie
 Agité Autoritaire Arrogant Colérique Autre

Diagnostic médical :

Nous aimerions connaître les aspects particuliers du comportement de votre enfant (avec d'autres enfants, ses compagnons, les adultes, etc.), ceci dans le but d'intervenir de la meilleure façon possible avec lui.

AUTRES

Vaccination : Date de dernière vaccination pour le tétanos (D2T2 ou DCT) (aaaa-mm-jj) :

L'enfant a-t-il déjà été hospitalisé : Non Oui, veuillez en indiquer les raisons :

Votre enfant a-t-il?

Peur du noir? Se plaint-il de fatigue? Particularités alimentaires :
 Bon appétit? Dort-il bien? Sait-il bien nager?

➔ **À l'activité baignade, votre enfant doit-il porter :** Bouchons VFI (veste de sauvetage) Flotteurs/ballon dorsal

MÉDICAMENTS

Liste de médicaments : (veillez inscrire **tous** les médicaments même ceux qui ne sont pas pris durant le séjour)

Nom du médicament : <input type="text"/>	Posologie : <input type="text"/>	Pris pendant le séjour? <input type="text"/>
Qui est autorisé à administrer le médicament : <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Animateur		
Nom du médicament : <input type="text"/>	Posologie : <input type="text"/>	Pris pendant le séjour? <input type="text"/>
Qui est autorisé à administrer le médicament : <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Animateur		
Nom du médicament : <input type="text"/>	Posologie : <input type="text"/>	Pris pendant le séjour? <input type="text"/>
Qui est autorisé à administrer le médicament : <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Animateur		

MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

L'unité ne tient dans sa pharmacie aucun médicament en vente libre. Si votre enfant peut avoir besoin occasionnellement d'un des médicaments en vente libre (Ex. Acétaminophène (*Tylenol*, *Temptra*, etc.), Ibuprofène (*Advil*), Antibiotiques en crème (*Polysporin*, *Néosporin*, *Baciguent*, etc.), Anti-inflammatoire (*Naproxin*, *Motrin*), Antiémétique (*Gravol*), Antihistaminique agissant contre les allergies (*Bénadryl*, *Claritin*, *Réactine*, etc.)) ou autre, veuillez fournir le **médicament et sa posologie**.

Qui est autorisé à administrer ces médicament en vente libre?

AUTORISATIONS MÉDICALES

- Je déclare que tous les renseignements transmis ici sont véridiques et je considère que mon enfant est en bonne santé et qu'il est apte à participer à toutes les activités qui lui seront proposées, sauf celles mentionnées par le médecin ou moi-même.
- En signant le présent document (dans la version remplissable du formulaire, écrire mon nom dans la case signature fait office de signature), je déclare être la personne autorisée à remplir et signer celui-ci et que son contenu est exact.
- J'autorise le responsable de l'unité et/ou les membres du groupe à prodiguer tous les soins nécessaires et à prendre toutes les décisions qui s'imposent en cas d'urgence.
- Si le responsable d'unité le juge nécessaire, j'autorise également le transport de mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- De plus, si l'on n'arrivait pas à me joindre en cas d'urgence, j'autorise le médecin choisi par le responsable d'unité à faire hospitaliser l'enfant, à lui assurer des soins adéquats et à pratiquer, au besoin, des examens, prélèvements, traitements ou toute autre intervention.
- Je consens à assumer les frais médicaux reliés à la santé et à la sécurité de mon enfant (ex. : médicaments, ambulance, matériel médical, etc.).



Signature du parent ou du tuteur de l'enfant

Date (aaaa-mm-jj)