Les Scouts du district des Trois-Rives

 **Fiche médicale confidentielle**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Unité ou Équipe :** Troupe Ondéchra |
| **Nom :**  | **Prénom :** |
| **Date de naissance :**  | **Âge :**  | **Téléphone :**  |
| **Adresse complète (numéro, rue, ville et code postal) :** |
| **Nom du médecin traitant :**  | **Téléphone :**  |
| **Numéro d’assurance maladie provinciale :**  |
| **Renseignements médicaux en cas d’urgence** |
| Est-ce que vous avez des allergies? \_\_\_ Oui \_\_\_ Non Si oui, veuillez cocher (x) et préciser. |
| \_\_\_ Médicaments  | \_\_\_ Toxines | \_\_\_ Plantes  | \_\_\_ Aliments  |
| \_\_\_ Piqûres d’insectes  | \_\_\_ Fumée | \_\_\_ Animaux  | \_\_\_ Autres  |
| Préciser : pollens de graminées |
| Avez-vous un Épipen (Epinéphrine)? \_\_\_ Oui \_\_\_ Non Précisez les allergènes:  |
| Intolérances alimentaires? \_\_\_ Oui \_\_\_ Non Précisez : |
| **Si les conditions suivantes s’appliquent, veuillez cocher (x) et préciser :** |
| \_\_\_ Asthme  | \_\_\_ Verres de contact  | \_\_\_ Évanouissements  |
| \_\_\_ Convulsions  | \_\_\_ Problèmes d’oreilles  | \_\_\_ Diabète  |
| \_\_\_ Maux de dos  | \_\_\_ Mal des transports | \_\_\_ Somnambulisme  |
| \_\_\_ Cauchemars  | \_\_\_ Troubles de la mémoire | \_\_\_ Bronchite  |
| \_\_\_ Maux de tête  | \_\_\_ Hernie  | \_\_\_ Crampes  |
| \_\_\_ Saignement/Hémorragie  | \_\_\_Problèmes cardiaques  |  \_\_\_ Autres  |
| Préciser :  |

**VERSO**

|  |
| --- |
| **S’il vous plaît précisez le médicament et dosage à communiquer au service médical d’urgence** |
| Médicament : | Dosage: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Personne à prévenir en cas d’urgence** |
| **Nom :**  | **Prénom :**  |
| **Lien :**  | **Téléphone maison :**  | **Autre # téléphone :**  |
| **Adresse complète (numéro, rue, ville et code postal) :** |
| **Nom d'un contact alternatif en cas d’urgence** |
| **Nom :**  | **Prénom :**  |
| **Lien :**  | **Téléphone maison :**  | Autre # téléphone : |
| **Adresse complète (numéro, rue, ville et code postal) :** |
| **Autres commentaires ou informations sur votre santé à être communiqués aux services médicaux**  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| En cas d’urgence, j’autorise les organisateurs de l’activité à prendre les dispositions nécessaires pour prendre soin de ma personne. Si la direction le juge nécessaire, je l’autorise également à me faire transporter par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou dans une clinique médicale appropriée au besoin. |
| Signature: | Date : |
| ***Les données contenues dans ce formulaire sont tenues confidentielles une fois rempli.*** |