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.*** | | | | |