



Fiche santé

Jeune / Adulte

Informations personnelles

Nom : _____ Prénom : _____ Date naissance. : _____

Adresse : _____

Assurance Maladie : _____ Exp. : _____

Parents

Nom	Prénom	tel. Maison	tel. Travail	Cellulaire
-----	--------	-------------	--------------	------------

Père : _____

Mère : _____

En cas d'urgence (AUTRE QUE LES PARENTS)

Nom	Prénom	tel. Maison	tel. Travail	Cellulaire
-----	--------	-------------	--------------	------------

Renseignements médicaux

Suivi médical régulier : Oui Non par : Dr _____

Lieu du dossier médical principal : _____

Vaccination terminée : Oui Non Tétanos (année) _____

Allergies (spécifier la date de la dernière crise)

Médicaments : _____

Nourriture : _____

Animaux : _____

Produits chimiques : _____

Fièvre des foins : _____

Piqûres d'insectes : _____

Autres : _____

Autres symptômes

Eczéma Oui Non

Urticaire Oui Non

Asthme Oui Non

Autre : _____

Santé actuelle



2^e Groupe Scout Thomas E. Demers

3000 Avenue Bouthillier, Saint-Hyacinthe, J2S 2A3

www.thomasdemers.com

Activité : _____

Troubles (Maux de tête, de gorge; problèmes digestifs, muscles, os; troubles cardiaques, rénaux, circulatoires; trouble du sommeil, menstruations douloureuses; épilepsie; convulsions; troubles déficitaires, hyperactivité; autre)

Trouble

Informations

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Prothèses, orthèses, appareils, lunettes

Nom

raison

informations

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Médicaments

Nom

prescrit
O N

posologie

raison

_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____

J'autorise la prise de ces médicaments pendant l'activité :

Oui Non Signature : _____

J'autorise la prise d'un comprimé tylnol au besoin

Oui Non Signature : _____

*** Aucune médication ne sera prise sans l'autorisation du parent***

Informations supplémentaires

J'AUTORISE MON ENFANT À PARTICIPER À L'ACTIVITÉ MENTIONNE CI-DESSUS

SIGNATURE : _____ **DATE :** _____