



### INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Assurance maladie : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

### NUMÉROS DE TÉLÉPHONE

Nom	Prénom	Tél. maison	Tél. cellulaire	Tél. travail
-----	--------	-------------	-----------------	--------------

Père : \_\_\_\_\_

Mère : \_\_\_\_\_

Urgence\* : \_\_\_\_\_

*\* Personne à contacter si le père et la mère ne répondent pas.*

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Suivi médical régulier :  **Oui**  **Non** par : D<sup>r</sup> \_\_\_\_\_

Lieu du dossier médical principal : \_\_\_\_\_

Vaccination complétée :  **Oui**  **Non** Tétanos (année) : \_\_\_\_\_

### ALLERGIES (spécifier la date de la dernière crise)

Médicaments : \_\_\_\_\_  Aucune

Nourriture : \_\_\_\_\_  Aucune

Animaux : \_\_\_\_\_  Aucune

Produits chimiques : \_\_\_\_\_  Aucune

Fièvre des foins : \_\_\_\_\_  Aucune

Piqûres d'insectes : \_\_\_\_\_  Aucune

Autres allergies : \_\_\_\_\_  Aucune

### AUTRES SYMPTÔMES

Eczéma :  **Oui**  **Non**    Urticaire :  **Oui**  **Non**    Asthme :  **Oui**  **Non**

Autres : \_\_\_\_\_



2<sup>e</sup> groupe scout

**Thomas E. Demers**

3000 rue Bouthillier, Saint-Hyacinthe, Québec, J2S 2A3  
www.thomasdemers.com

# Autorisation d'activité & fiche santé

Version 20180131

**TROUBLES DE SANTÉ** (maux de tête, de gorge; problèmes digestifs, muscles, os; troubles cardiaques, rénaux, circulatoires; trouble du sommeil, menstruations douloureuses; épilepsie; convulsions; troubles déficitaires, hyperactivité; autres)

Trouble de santé	Informations
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## MÉDICAMENTS

**\*\* Aucune médication ne sera prise sans l'autorisation d'un parent. \*\***

Nom	Prescrit?		Posologie	Raison
	Oui	Non		
_____	<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 les activités :***

**Oui**    **Non**   Signature : \_\_\_\_\_ ✍ *Signez ici*

***J'autorise la prise d'un comprimé Tyléno au besoin :***

**Oui**    **Non**   Signature : \_\_\_\_\_ ✍ *Signez ici*

## INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***J'AUTORISE MON ENFANT À PARTICIPER À CETTE ACTIVITÉ DU GROUPE SCOUT :***

Nom de l'activité : \_\_\_\_\_ Date de l'activité : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date de signature : \_\_\_\_\_ ✍ *Signez et datez ici*