



INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Date naissance : _____

Assurance maladie (AM) : _____ Expiration AM : _____

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^r _____

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 : _____

Autorisation aux activités & fiche santé

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 (fréquence, durée, quoi faire, etc.)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

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 Tylenol au besoin :

Oui **Non** Signature : _____ *✍ Signez ici*

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

J'AUTORISE MON ENFANT À PARTICIPER AUX ACTIVITÉS DU GROUPE SCOUT THOMAS E. DEMERS :

Signature : _____ Date de signature : _____ *✍ Signez et datez ici*