

MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

L'unité ne tient dans sa pharmacie aucun médicament en vente libre. Si votre enfant peut avoir besoin occasionnellement d'un des médicaments énumérés ci-dessous ou autre, veuillez fournir le **médicament et sa posologie**.

- Acétaminophène (*Tylenol, Tempra, etc.*)
- Anti-inflammatoire (*Naproxin, Motrin*)
- Ibuprofène (*Advil*)
- Antiémétique (*Gravol*)
- Antibiotiques en crème (*Polysporin, Néosporin, Baciguent, etc.*)
- Antihistaminique agissant contre les allergies (*Bénadryl, Claritin, Réactine, etc.*)

Qui est autorisé à administrer ce médicament?

- Je n'autorise pas Enfant, lui-même L'animateur

FICHE COMPORTEMENTALE

Traits de caractère

Cochez les traits de caractères apparaissant chez votre enfant :

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stressé | <input type="checkbox"/> Énergique | <input type="checkbox"/> Conciliant | <input type="checkbox"/> S'ennuie |
| <input type="checkbox"/> Nerveux | <input type="checkbox"/> Leader | <input type="checkbox"/> Introverti | <input type="checkbox"/> Agité |
| <input type="checkbox"/> Timide | <input type="checkbox"/> Sociable | <input type="checkbox"/> Extroverti | <input type="checkbox"/> Autoritaire |
| <input type="checkbox"/> Agressif | <input type="checkbox"/> Craintif | <input type="checkbox"/> Anxieux | <input type="checkbox"/> Arrogant |
| <input type="checkbox"/> Obéissant | <input type="checkbox"/> Enjoué | <input type="checkbox"/> Désobéissant | <input type="checkbox"/> Colérique |

Diagnostic médical : non oui (précisez)

Nous aimerions connaître les aspects particuliers du comportement de votre enfant (avec d'autres enfants, ses compagnons, les adultes, etc.), ceci dans le but d'intervenir de la meilleure façon possible avec lui :

AUTORISATIONS

AUTORISATIONS MÉDICALES

- Je déclare que tous les renseignements transmis ici sont véridiques et je considère que mon enfant est en bonne santé et qu'il est apte à participer à toutes les activités qui lui seront proposées, sauf celles mentionnées par le médecin ou moi-même.
- En signant le présent document (dans la version remplissable du formulaire, écrire mon nom dans la case signature fait office de signature), je déclare être la personne autorisée à remplir et signer celui-ci.
- J'autorise le responsable de l'unité et/ou les membres du groupe à prodiguer tous les soins nécessaires et à prendre toutes les décisions qui s'imposent en cas d'urgence.
- Si le responsable d'unité le juge nécessaire, j'autorise également le transport de mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- De plus, si l'on n'arrivait pas à me joindre en cas d'urgence, j'autorise le médecin choisi par le responsable d'unité à faire hospitaliser l'enfant, à lui assurer des soins adéquats et à pratiquer, au besoin, des examens, prélèvements, traitements ou toute autre intervention.
- Je consens à assumer les frais médicaux reliés à la santé et à la sécurité de mon enfant (ex. : médicaments, ambulance, matériel médical, etc.).

Signature du parent ou du tuteur de l'enfant

Date (aaaa-mm-jj)



FICHE SANTÉ

Valide du 1^{er} septembre 2020 au 31 août 2021

Groupe Scout
Cathédrale-Volcan

Groupe Scout
Thomas E. Demers



Unité :

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Prénom :
Nom de famille :
Date de naissance(aaaa-mm-jj) :
Adresse :
Ville :
Code postal :
Téléphone :
L'enfant demeure avec : ses parents garde partagée tuteur
 sa mère famille d'accueil
 son père autre, précisez

Prénom et nom du parent (ou Tuteur légal) :
Adresse (si autre que l'enfant) :
Téléphone maison : cellulaire :
autre :
Courriel :
Prénom et nom du parent (ou Tuteur légal) :
Adresse (si autre que l'enfant) :
Téléphone maison : cellulaire :
autre :
Courriel :

URGENCES

En cas d'urgence indiquez le nom et les coordonnées de deux personnes (autres que les parents ou tuteurs), qui sont autorisées à venir chercher votre enfant et/ou que nous pourrions contacter si nous sommes dans l'impossibilité de vous joindre

Prénom et nom :
Adresse (si autre que l'enfant) :
Téléphone maison : cellulaire :
autre :
Lien avec l'enfant : Parent Voisin Ami Autre
Prénom et nom :
Adresse (si autre que l'enfant) :
Téléphone maison : cellulaire :
autre :
Lien avec l'enfant : Parent Voisin Ami Autre

ÉTAT DE SANTÉ

INFORMATIONS DE BASE

Ass. Maladie: Expiration (aaaa-mm)

Groupe Sanguin Taille Poids

Hôpital / clinique fréquenté :

Médecin Téléphone

L'enfant présente une / des particularité(s) au niveau de :

<input type="checkbox"/> Cœur	<input type="checkbox"/> Poumons
<input type="checkbox"/> Gorge	<input type="checkbox"/> Peau
<input type="checkbox"/> Dents (<input type="checkbox"/> appareil dentaire)	<input type="checkbox"/> Reins
<input type="checkbox"/> Oreilles (<input type="checkbox"/> appareil auditif)	<input type="checkbox"/> Colonne vertébrale
<input type="checkbox"/> Yeux (<input type="checkbox"/> lunette <input type="checkbox"/> lentilles)	<input type="checkbox"/> Menstruations douloureuses (s'assurer que votre fille soit bien renseignée à ce sujet)
<input type="checkbox"/> Nez	
<input type="checkbox"/> Autre spécifiez :	

Votre enfant souffre-t-il? (cochez si oui) :

<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Somnambulisme	<input type="checkbox"/> Diabète
<input type="checkbox"/> Hyperactivité	<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/> Épilepsie
<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Énurésie nocturne (pipi au lit)	
<input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>		

Vaccination :

Vaccination :

Date de vaccination pour le tétanos (D2T2 ou DCT) (aaaa-mm-jj) :

L'enfant a-t-il déjà été hospitalisé : Oui Non

si oui, veuillez en indiquer les raisons :

Autres

Votre enfant a-t-il?

Peur du noir? <input type="text"/>	Bon appétit? <input type="text"/>
Se plaint-il de fatigue? <input type="text"/>	Dort-il bien? <input type="text"/>
Particularités alimentaires? <input type="text"/>	Sait-il bien nager? <input type="text"/>

spécifiez :

➔ À l'activité baignade, votre enfant doit-il porter :

- Bouchons
 VFI (veste de sauvetage)
 Flotteurs/ballon dorsal

Allergies

Rhume des foins <input type="text"/>	Herbes à puces <input type="text"/>
Piqûres d'insectes <input type="text"/>	Pénicilline <input type="text"/>
Urticaire <input type="text"/>	Aspirine <input type="text"/>
Alimentaires <input type="text"/>	Animaux <input type="text"/>
spécifiez : <input type="text"/>	spécifiez : <input type="text"/>

Autre :

Lors d'une réaction :

Symptômes :

Traitement :

S'il y a lieu, l'enfant aura son doseur d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit, Twinject) avec lui au camp.

Qui est autorisé à conserver ce médicament?

- Enfant, lui-même Animateur de l'enfant Tout adulte responsable

Qui est autorisé à administrer ce médicament?

- Enfant, lui-même Animateur de l'enfant Tout adulte responsable

Posologie :

À SIGNER SI L'ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées ci-haut à administrer selon le besoin en cas d'urgence la dose d'adrénaline spécifiée en posologie à mon enfant.

Signature : Date(aaaa-mm-jj) :

Médicaments

L'enfant doit prendre des médicaments durant son séjour :

Nom du médicament :

Posologie :

Qui est autorisé à administrer le médicament : enfant animateur

Nom du médicament :

Posologie :

Qui est autorisé à administrer le médicament : enfant animateur

Nom du médicament :

Posologie :

Qui est autorisé à administrer le médicament : enfant animateur