

Complétez la fiche santé de votre enfant, imprimez-la,
signez-la et retournez-la au **Groupe scout de Cap-Rouge.**

Envoyez-la par la poste au **4473, rue Saint-Félix, Québec,**
Québec, G1Y 3A6

ou

Numérisez-la une fois complétée et retournez-la par courriel
à **groupe_scout_cap-rouge@hotmail.com**



Groupe Scout de Cap-Rouge (District de Québec Inc.)
4473, rue Saint-Félix, Québec, Québec, G1Y 3A6

Photo

FICHE – URGENCE SANTÉ

IDENTIFICATION

UNITÉ:

Nom: Prénom: Né(e) le :
No de Carte-soleil: Date d'expiration: Sexe :

L'enfant demeure avec:

Prénom et nom du répondant principal :

Adresse : Courriel :
Tél. maison : Tél. travail : Cellulaire :

Prénom et nom du répondant secondaire :

(Cochez si adresse identique au répondant principal) Courriel :

Adresse :
Tél. maison : Tél. travail : Cellulaire :

En cas d'urgence, **et en l'absence des parents/des répondants**, quelles personnes devons-nous appeler ?
(S.V.P., en informer ces personnes)

Prénom et nom : Tél. Cellulaire :
Adresse : Lien :

Prénom et nom : Tél. : Cellulaire :
Adresse : Lien :

Médecin traitant : Clinique : Tél. :
Adresse de la clinique :

PROBLÈMES DE SANTÉ

Veuillez cocher ce qui correspond à votre enfant

ALLERGIES (donnez des précisions sur le type ou la cause de l'allergie:eczéma, urticaire, fièvre des foins, allergie à des médicaments, à des produits chimiques, à de la nourriture, à des plantes, à des animaux, etc.)

EpiPen : Allerject : TwinJect :

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS / DIAGNOSTICS PERTINENTS

TDA (sans hyperactivité) Tourette Trisomie
TDA (avec hyperactivité) Asthme Dysphasie
Énurésie (nycturie) Diabète TED / TSA

INFORMATIONS GÉNÉRALES (tout ce qui pourrait nous être utile pour mieux intervenir auprès de votre jeune)

MÉDICAMENTS

(Si votre enfant doit prendre des médicaments pendant les activités (réunions ou camps), veuillez nous indiquer :

Nom du médicament :

Posologie :

Fréquence d'utilisation :

Nom du médicament :

Posologie :

Fréquence d'utilisation :

Nom du médicament :

Posologie :

Fréquence d'utilisation :

Nom du médicament :

Posologie :

Fréquence d'utilisation :

Est-ce que vous donnez l'autorisation aux bénévoles d'administrer si nécessaire des médicaments en vente libre tels que l'acétaminophène (Tylenol) et onguent (Polysporin) : Oui ___ ou Non ___

Compétence en natation : Sait nager (___) Ne sait pas nager (___)

AUTORISATION DES PARENTS

En cas d'urgence (accident, maladie subite), j'autorise les animateurs de l'unité de mon enfant à prendre toutes les mesures nécessaires, à dispenser les premiers soins et à veiller au transport de mon enfant jusqu'au lieu de traitement, si cela s'avère requis.

Nom du parent (lettres moulées)

Signature du parent

Date