



Fiche Santé 10^e Groupe Scout Est-Calade

Informations sur le membre

Nom :	Prénom :
Téléphone :	Cellulaire :
Adresse :	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :	Courriel + de 13 ans:
Niveau scolaire :	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
À la fin des activités scout, le membre peut partir seul <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non	

Informations des parents ou tuteurs du membre

Nom complet :	Lien avec l'enfant :
Téléphone :	Cellulaire :
Nom complet :	Lien avec l'enfant :
Téléphone :	Cellulaire :
L'enfant demeure avec qui :	

À contacter en cas d'urgence

Nom complet:	Lien avec l'enfant :
Téléphone :	Cellulaire :
Peut quitter avec l'enfant <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non	
Nom complet:	Lien avec l'enfant :
Téléphone :	Cellulaire :
Peut quitter avec l'enfant <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non	

Mise à jour annuelle des autorisations

	Exp	Date
Nom complet du signataire	Signature	Lien
	Exp	Date
Nom complet du signataire	Signature	Lien
	Exp	Date
Nom complet du signataire	Signature	Lien
	Exp	Date
Nom complet du signataire	Signature	Lien
	Exp	Date
Nom complet du signataire	Signature	Lien
	Exp	Date
Nom complet du signataire	Signature	Lien
	Exp	Date
Nom complet du signataire	Signature	Lien
	Exp	Date
Nom complet du signataire	Signature	Lien

Signature : _____ Date : _____



Fiche Santé 10^e Groupe Scout Est-Calade

Renseignements santé

Nom :	Prénom
Allergies / Intolérances	
ALLERGIE GRAVE (METTANT LA VIE EN DANGER)	<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non
Réactions :	
Autre	<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Restrictions
Réactions :	
Autre	<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Restrictions
Réactions :	
Vaccination	
Les vaccins du membre sont-ils à jour ?	<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non
Le membre a-t-il été vacciné contre le Tétanos	<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non
Le membre a-t-il été vacciné contre l'hépatite B ?	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} dose <input type="checkbox"/> 2 ^e dose
Maladies	
Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Fréquence :
Convulsions <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Fréquence :
Maux de tête <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Fréquence :
Otites à répétitions <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Fréquence :
Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Mesure à prendre <input type="checkbox"/> Pull-ups <input type="checkbox"/> Médicaments
Somnambulisme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Fréquence :
Déficit de l'attention <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Hyperactivité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Port de lunettes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lentilles cornéennes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Section pour les filles	
Est-ce que la membre a eu ses premières règles?	<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non
La membre est-elle renseignée sur le sujet?	<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que la membre sait quoi faire au besoin	<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non
Médication	
Le membre prend-t-il une médication de façon régulière?	<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non
Médicament	Posologie
Médicament	Posologie
Médicament	Posologie
Informations supplémentaires sur le membre	
Y'a-t-il autre chose que nous devrions connaître sur l'état de santé du membre ?	
Autorisations médicales	
Le membre adulte est-il autorisé à donner la médication suivante en cas de besoin ?	
Tylenol ou son générique ?	<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non
Advil ou son générique ?	<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non
Médicament antiallergique ?	<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non
Gravol	<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non
J'autorise le membre à participer aux camps et toutes autres activités prévues au calendrier.	
J'autorise les membres adultes à prendre les mesures jugées nécessaires pour recourir à des soins pour la santé du membre	<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non
J'autorise le transport en ambulance si nécessaire.	<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non
Je laisse à la discrétion du membre adulte de prendre les décisions qui s'imposent pour la sécurité et la santé du membre en cas d'urgence	<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non

Signature : _____ Date : _____