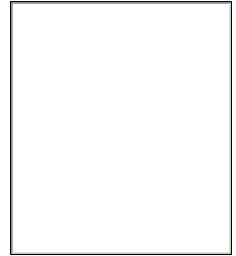




District scout des Laurentides

Fiche médicale



Unité:

Animateur responsable:

Nom:

Prénom:

Adresse:

Ville:

Code postal:

Date de naissance:

Numéro de téléphone:

(année/mois/jour)

No. Ass. Maladie:

Expiration (année/mois):

Autorité parentale : Père

Mère

Tuteur Légal

Nom:

Téléphone (autre ex.: cellulaire, téléavertisseur, travail)

Nom:

Téléphone (autre ex.: cellulaire, téléavertisseur, travail)

Autre personne à contacter en cas d'urgence

Nom:

Lien de parenté:

Téléphone:

Maison

Cellulaire

Téléavertisseur

Est-ce que les vaccins sont à jour? Oui Non

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? Oui Non Date:

Si oui, spécifier:

Avez-vous déjà eu une fracture? Oui Non Date:

Si oui, spécifier l'endroit de la fracture:

État de santé

Nom:

- | | | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Asthme | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 18. Maux de ventre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Accident vasculaire cérébral | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 19. Menstruation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Conjonctivite | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 20. Otite | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Convulsions | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 21. Palpitation cardiaque | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Diabète | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 22. Perte de conscience | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 6. Épilepsie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 23. Peurs / Phobies | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Handicap intellectuel | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 24. Problème cutané | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 8. Handicap physique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 25. Problème de comportement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 9. Hyperactivité | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 26. Problème digestif | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 10. Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 27. Problème musculaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 11. Hyperventilation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 28. Problème neurologique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 12. Hypoglycémie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 29. Problème visuel (lunettes) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 13. Incontinence | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 30. Saignement de nez | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 14. Insomnie / cauchemars | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 31. Somnambulisme | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 15. Malformation cardiaque | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 32. Troubles auditifs / surdité | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 16. Maux de dos | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 33. Trouble respiratoire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 17. Maux de tête | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 34. Autre ... Spécifiez | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Est-ce que votre état de santé limite vos activités physiques? Oui Non

Commentaires sur l'état de santé (mettre le # du problème)

ALLERGIES

<p>Allergies alimentaires</p> <input type="text"/> <p>Allergies M�dicaments</p> <input type="text"/> <p>Rhume des foins <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Piq�re d'abeille <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>M�dicaments que vous prenez :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>M�dicaments</th> <th>Posologie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	M�dicaments	Posologie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M�dicaments	Posologie														
<input type="text"/>	<input type="text"/>														
<input type="text"/>	<input type="text"/>														
<input type="text"/>	<input type="text"/>														
<input type="text"/>	<input type="text"/>														
<input type="text"/>	<input type="text"/>														
<input type="text"/>	<input type="text"/>														

En cas d'urgence, j'autorise les responsables ou le personnel médical à prendre les mesures nécessaires à la sauvegarde de la santé de mon jeune.

Signature de l'autorité parentale:

Date