



## District Ailes du Nord

Fiche Médicale



Groupe: 5e Groupe Scout Grand-Moulin

Unité: \_\_\_\_\_

Année: \_\_\_\_\_

### Informations sur le jeune:

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_  
(AAAA/MM/JJ)

Ass. Maladie: \_\_\_\_\_ Exp: \_\_\_\_\_

### Informations sur les parents:

Parent responsable des finances:

Père Mère Tuteur légal

Prénom: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Cellulaire: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Père Mère Tuteur légal

Prénom: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Cellulaire: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Date d'entrée de votre jeune dans le mouvement scout (année/mois): \_\_\_\_\_

Avez-vous d'autres enfants dans le groupe? Oui Non

Si oui, inscrire le nom et l'unité:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Autre personne à contacter en cas d'urgence:

Nom complet: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Lien de parenté: \_\_\_\_\_

Nom complet: \_\_\_\_\_

**Antécédents de santé:**      Attention particulière requise?      Oui      Non

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. PALPITATIONS CARDIAQUES	<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. PROBLÈMES MUSCULAIRES	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
11. HYPERVENTILATION	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	28. PROBLÈMES NEUROLOGIQUES	<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 / CAUCHEMARD	<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. TROUBLES RESPIRATOIRES	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
17. MAUX DE TÊTE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	34. AUTRES... SPÉCIFIEZ	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Les vaccins de l'enfant sont-ils à jour?      Oui      Non

Les antécédents médicaux limitent-ils l'activité physique de l'enfant?      Oui      Non

**Commentaires supplémentaires (avec no. de l'antécédent):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allergies et médicaments:**

Médicaments et posologie:

Allergies alimentaires:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergies à un médicament:

Autres restrictions alimentaires:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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:

Fiche médicale vérifiée le: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Fiche médicale vérifiée le: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_