



# Scouts Canada

## Certificat de bonne forme physique pour non-membre

**NOTE :** Ce formulaire doit être rempli par les parents, tuteurs ou aides-bénévoles/personnes-ressources qui participent à des activités de scoutisme. Ces renseignements sont recueillis afin d'aider l'animateur responsable si une situation d'urgence devait survenir. Conformément à la législation relative à la protection de la vie privée en vigueur, ces renseignements ne seront en aucun cas utilisés à d'autres fins.

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_  M  F

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

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Nom du groupe de scoutisme : \_\_\_\_\_

\*N° d'assurance maladie provinciale : \_\_\_\_\_ Couverture d'assurance détenue : \_\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX D'URGENCE

La personne désignée a-t-elle des allergies? Oui  Non  Si oui, veuillez préciser.

- |                                      |   |                                  |                                   |                                |
|--------------------------------------|---|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médicaments | <input type="checkbox"/> Piqûres d'insectes | <input type="checkbox"/> Toxines | <input type="checkbox"/> Aliments | <input type="checkbox"/> Fumée |
| <input type="checkbox"/> Plantes     | <input type="checkbox"/> Animaux            | <input type="checkbox"/> Autres  |                                   |                                |

Détails : \_\_\_\_\_

A déjà eu, veuillez cocher :

- |  |                                     |   |                                   |  |
|--|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Appendicite         | <input type="checkbox"/> Oreillons  | <input type="checkbox"/> Varicelle        | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Maladie du rein |
| <input type="checkbox"/> Fièvre rhumatismale | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Maladie du coeur | <input type="checkbox"/> Autre    |  |

Si les conditions suivantes s'appliquent, veuillez cocher et préciser :

- |   |  |                                       |  |   |
|---|--|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthme             | <input type="checkbox"/> Verres de contact     | <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Évanouissements | <input type="checkbox"/> Trouble hémostatique |
| <input type="checkbox"/> VIH                | <input type="checkbox"/> Problème d'oreilles   | <input type="checkbox"/> Diabète      | <input type="checkbox"/> Hernie          | <input type="checkbox"/> Maux de dos          |
| <input type="checkbox"/> Mal des transports |  | <input type="checkbox"/> Crampes      | <input type="checkbox"/> Convulsions     | <input type="checkbox"/> Somnambulisme        |
| <input type="checkbox"/> Cauchemars         | <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire | <input type="checkbox"/> Autre        | _____                                    |   |

Détails : \_\_\_\_\_

Est-ce que le participant/la participante doit recevoir des soins spéciaux, des médicaments ou suivre une diète spéciale?  Oui  Non

Détails : \_\_\_\_\_

Date du dernier examen médical (mois et année) : \_\_\_\_\_

Date du dernier tétanos (mois et année) : \_\_\_\_\_

Niveau en natation :  Ne nage pas  nage (dernier brevet obtenu) : \_\_\_\_\_

Les activités de cette personne ont-elles déjà été restreintes pour des raisons médicales?  Oui  Non

Signé \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

*\*Sur une base volontaire dans certaines provinces.*