



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.*