



# Certificat de santé

**NOTE:** Ce formulaire doit être rempli par le parent ou tuteur au début de chaque année de scoutisme et conservé par l'animateur. C'est la responsabilité du parent ou tuteur d'informer l'animateur de tout changement concernant l'état de santé de leur enfant ou pupille au cours de l'année de scoutisme.  
Tous les adultes devront également remplir ce formulaire.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  M  F  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_ Téléphone à domicile : \_\_\_\_\_  
Nom de médecin traitant : \_\_\_\_\_ Nom de groupe scout : \_\_\_\_\_  
\*No assurance maladie provinciale : \_\_\_\_\_ Couverture d'assurance détenue : \_\_\_\_\_

## Renseignements médicaux en cas d'urgence :

Est-ce que la personne désignée a des allergies ? :  Oui  Non Si oui, veuillez préciser :

- Médicaments  Piqûres d'insectes  Toxines  Aliments  Fumée  
 Plantes  Animaux  Autre  
Détails : \_\_\_\_\_

A déjà eu, veuillez cocher (x) :

- Appendicite  Oreillons  Varicelle  Rougeole  Maladie du rein  
 Scarlatine  Fièvre rhumatismale  Maladie du cœur  Autre : \_\_\_\_\_

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

- Asthme  Verres de contact  Maux de tête  Évanouissements  Saignement/Hémorragie  
 VIH  Problèmes d'oreilles  Diabète  Hernia  Maux de dos  
 Mal des transports  Crampes  Convulsions  Somnambulisme  Cauchemars  
 Incontinence urinaire  Enceinte  Autre : \_\_\_\_\_

Détails : \_\_\_\_\_

La participante a-t-elle ses règles?  Oui  Non Si non, est-ce qu'on lui en a déjà parlé?  Oui  Non

Est-ce que la personne demande des soins spéciaux, de prendre des médicaments ou de suivre une diète spéciale?

Détails : \_\_\_\_\_

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

Date de la dernière inoculation de tétanos (mois et année) : \_\_\_\_\_

Niveau en natation :  incapable de nager  nageur (préciser le dernier brevet obtenu) : \_\_\_\_\_

A-t-il déjà été nécessaire de restreindre la participation à des activités de cette personne pour des raisons médicales?  Oui  Non

Détails : \_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Révisée par le parent ou tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Révisée par le parent ou tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

\*sur une base volontaire dans certaines provinces