



FICHE DE SANTÉ – JEUNES ET ADULTES

Les renseignements suivants sont importants afin d'assurer la santé et la sécurité de tous. Ce formulaire est utilisé tant que la personne est membre de l'Association des Scouts du Canada. Nous vous suggérons de mettre le formulaire à jour à chaque année.

Nom _____ Numéro RAMQ _____

Adresse _____ Code postal _____

Date de naissance _____ Numéro de tél. _____ Nom de fille de la mère _____

MÉDECIN DE FAMILLE

Nom _____ Numéro de tél. _____

Adresse complète _____ Code postal _____

EN CAS D'URGENCE AVERTIR:

Nom _____ Lien de parenté _____

Adresse _____ Code postal _____

Numéro de téléphone: _____
maison bureau cellulaire

Répondre aux questions suivantes par un ✓

NATATION : sait nager ☐ difficulté à nager ☐

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS (maladies dites d'enfance)

varicelle ☐	diphtérie ☐	scarlatine ☐	rougeole ☐
rubéole ☐	coqueluche ☐	oreillons ☐	roséole ☐

AUTRES MALADIES ANTÉRIEURES

typhoïde ☐	jaunisse ☐	tétanos ☐	troubles digestifs ☐
mononucléose ☐	diabète ☐	bronchite ☐	maladie cardiaque ☐
pleurésie ☐	pneumonie ☐	tuberculose ☐	rhumatisme articulaire ☐
épilepsie ☐	convulsions ☐	poliomyélite ☐	aigue ☐
			maladies rénales ☐

Si oui, expliquer: (date, médecin ou hôpital, traitement reçu)

ALLERGIES

Eczéma	☐	Urticaire	☐	Asthme	☐
Fièvre des foins	☐	Piqûres d'abeille	☐	Autre	☐

Aux médicaments (spécifier, ex.: pénicilline, "aspirine", etc.)

Aux produits chimiques (spécifier)

À la nourriture (spécifier)

Autres (spécifier) : _____

VACCINATIONS (date)

_____ DCT (diphtérie, coqueluche, tétanos)	_____ Rougeole
_____ Poliomyélite	_____ Rubéole
_____ BCG (tuberculose)	_____ Oreillons
_____ Anti-variolique	_____ Autres (spécifier)

Avez-vous déjà eu un accident? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous déjà été hospitalisé? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous déjà subi une opération? Oui ☐ Non ☐

Nom de l'hôpital: _____

raisons

année

ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL → Souffrez-vous de... ?

Sinusite	☐	Perte de conscience	☐	Arthrite ou rhumatisme	☐
Maux de tête	☐	Trouble de la vue	☐	Douleur au ventre	☐
Épilepsie	☐	Myopie (port de lunettes)	☐	Troubles urinaires	☐
Essoufflement	☐	Maux d'oreilles	☐	Troubles menstruels	☐
Cauchemars	☐	Maux de gorge (amygdalite)	☐	Pertes vaginales anormales	☐
Indigestion	☐	Douleur à la poitrine	☐	Maladie de la peau	☐
Constipation	☐	Toux et crachats	☐	Fatigue inhabituelle	☐
Diarrhée	☐	Étourdissement	☐	Troubles de l'appétit	☐
Somnambulisme	☐				

Remarques:

Date du dernier examen dentaire: _____

Indiquez le nom et la posologie de tout médicament à prendre lors des activités scouts:

MENSTRUATION

	Oui	Non		Oui	Non
Menstruée?	☐	☐	Médicaments pendant cette période?	☐	☐
Suffisamment renseignée?	☐	☐	Si oui, lesquels?	_____	

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (indiquer père, mère, frère, sœur, oncle, tante, grands-parents)

Allergie	_____	Épilepsie	_____
Cancer	_____	Maladie cardiaque	_____
Diabète	_____	Troubles mentaux	_____
		Tuberculose	_____

Signature: _____ Date : _____

(si moins de 18 ans, parent ou tuteur)