

## Formulaire de santé personnelle - JEUNESSE

### INSTRUCTIONS

1. Les informations contenues dans ce formulaire peuvent être utilisées et partagées avec les représentants de 4 Directions ou le personnel médical dans le but de
  - a. Favoriser la santé et la sécurité de votre enfant ou de votre pupille.
  - b. Administrer ou autoriser les premiers soins appropriés, les soins médicaux ou un soutien supplémentaire pour votre enfant ou votre pupille.
  - c. Obtenir votre autorisation pour savoir qui est autorisé à venir chercher votre enfant ou votre pupille.
2. Le formulaire de santé de votre enfant ou de votre pupille n'est examiné que par les responsables de l'excursion. Si nécessaire, il sera communiqué à d'autres membres du personnel ou bénévoles de 4 Directions sur la base du besoin d'en connaître. Si votre enfant présente des difficultés qui peuvent nécessiter un soutien supplémentaire, veuillez fournir des informations sur la manière dont nous pouvons mieux le soutenir.
3. Nous conservons ce formulaire pendant un an. Toute mise à jour des coordonnées de votre enfant, de son état de santé, de ses médicaments ou de ses besoins de soutien supplémentaire doit être fournie par vous. Tout au long de l'année, il pourra vous être demandé de revoir ce formulaire ou d'en fournir un nouveau si votre enfant participe à d'autres événements de 4 Directions.

### PARTIE 1 - INFORMATIONS DE CONTACT

Nom du participant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Prénom Nom de famille JJ MM AA

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone Portable : \_\_\_\_\_  
Appartement Rue Ville Province

Téléphone a domicile : \_\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Téléphone à domicile : \_\_\_\_\_  
Prénom Nom de famille

Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

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

Adresse (si différente de celle du participant) : \_\_\_\_\_  
Appartement Rue Ville Province

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence :

\_\_\_\_\_ Téléphone personnel : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Prénom Nom de famille Lien avec le participant

Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

Nom du médecin de famille (facultatif) : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Assurance provinciale (facultative) : \_\_\_\_\_

### PARTIE 2 - ALLERGIES ET RÉGIME ALIMENTAIRE

Votre enfant souffre-t-il d'allergies ?  OUI  NON Si oui, veuillez expliquer :

Allergie alimentaire	Danger de mort ?	Autre allergie (insectes/environnement, etc.)	Danger de mort ?
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Votre enfant ou votre pupille doit-il garder avec lui un médicament contre les allergies, tel qu'un Epi-pen ou un inhalateur contre l'asthme ?

OUI  NON Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des restrictions diététiques ou alimentaires ?  OUI  NON Si oui, veuillez expliquer :

---

---

**Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre des informations supplémentaires.**

*Nous protégeons et respectons votre vie privée. Vos informations personnelles ne sont utilisées qu'aux fins indiquées dans le formulaire.*

PAGE 1 DE 2

## Formulaire de santé personnelle - JEUNESSE

### PARTIE 3 - SANTÉ / LOGEMENT

Nom du participant : \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer si votre enfant ou votre pupille présente l'une des caractéristiques suivantes :

- Maux de tête  Troubles de l'oreille  Cauchemars  Pipi au lit  Somnambulisme  Asthme  Maladie récente  
 Défi cognitif ou comportemental  Défi de santé mentale  Handicap physique  Lentilles de contact  Lunettes  
 Maladie chronique (par ex. arthrite, diabète, épilepsie, etc.)  Mal des transports  Autre - veuillez préciser :

Quels aménagements, soutiens supplémentaires ou modifications pourraient faciliter la participation de votre enfant ou de votre pupille ?

Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre des informations supplémentaires.

### PARTIE 4 - MÉDICAMENTS

En raison de l'éloignement des lieux où se déroulent nos activités, les responsables de 4 Directions peuvent, à leur discrétion, fournir à votre enfant ou pupille les médicaments suivants : **Tylenol (acétaminophène), Advil (ibuprofène), Benadryl (diphénhydramine)** ou leurs équivalents génériques. **SI VOUS NE SOUHAITEZ PAS QUE VOTRE ENFANT OU VOTRE PUPILLE AIT ACCÈS À CES MÉDICAMENTS, VOUS DEVEZ NOUS EN INFORMER PAR ÉCRIT AVANT L'ACTIVITÉ.** Vous devez fournir une liste de tous les médicaments dont votre enfant aura besoin lors d'une activité ou d'un événement organisé par 4 Directions sur le Registre de planification et d'administration des médicaments (MPAR). Tous les médicaments figurant sur le MPAR DOIVENT ÊTRE FOURNIS PAR LE PARENT/GUARDIEN. À l'exception des médicaments indiqués ci-dessus, votre enfant ne recevra aucun médicament qui n'est pas fourni par VOUS. **Tout médicament (en vente libre et/ou prescrit) dont votre enfant a besoin doit être apporté par lui dans son emballage d'origine avec les instructions de dosage et clairement étiqueté à son nom.** Les médicaments doivent être remis au responsable du voyage à l'arrivée à l'activité, à l'événement ou au camp pour qu'il les conserve. Le responsable du voyage supervisera la prise des médicaments par les participants conformément aux instructions fournies. Les participants doivent être prêts à prendre leurs médicaments.

### PARTIE 5 - CONSENTEMENT

**Tous les soins et toute l'attention nécessaires seront apportés à la santé et au confort du participant.**

Par la présente, je consens et j'autorise la Coopérative 4 Directions et ses représentants à partager de l'information, à prodiguer les premiers soins et à obtenir des soins et des services médicaux (p. ex., communiquer avec les SMU ou une ambulance) au besoin, selon leur meilleur jugement, pour assurer ma santé et ma sécurité et celles de mon enfant ou de mon pupille pendant les activités de la Coopérative 4 Directions. J'accepte d'assumer la responsabilité financière au-delà des prestations autorisées par mon régime d'assurance-maladie provincial/territorial.

Signature du parent gardien/tuteur Date (JJ/MM/AA) \_\_\_\_\_

**AUTORISATION D'ALLER CHERCHER LE PARTICIPANT**

4 Directions s'efforce de fournir l'environnement le plus sûr possible à votre enfant/enfant. Conformément à cet objectif, après les activités de 4 Directions, votre enfant/enfant :

- a. A ma permission de rentrer chez lui par ses propres moyens. VEUILLEZ APPOSER VOS INITIALES : \_\_\_\_\_  
b. Peut être récupéré par l'une de ces trois personnes (en plus de moi-même et de la personne à contacter en cas d'urgence figurant sur ce formulaire) :

Nom	Téléphone
1.	
2.	
3.	

*Si une personne autre que celles mentionnées ci-dessus doit venir chercher votre enfant ou votre pupille, veuillez en informer le responsable du voyage par écrit. En cas d'urgence, si personne n'est disponible, le responsable du voyage fera preuve de discernement pour résoudre la situation. Veuillez apposer vos initiales : \_\_\_\_\_*

*\*Veuillez noter que les personnes figurant sur la liste peuvent être tenues de présenter une pièce d'identité avec photo si elles ne sont pas connues des responsables du voyage.*

**NOTE AUX RESPONSABLES DE VOYAGES : Détruisez soigneusement ce formulaire à la fin de l'année civile ou renvoyez-le au parent/tuteur.**

*Nous protégeons et respectons votre vie privée. Vos informations personnelles ne sont utilisées qu'aux fins indiquées dans le formulaire.*