

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET BILAN DE SANTÉ

(confidentiel)



Cochez en cas d'allergie
ou de soins spéciaux

Participant

Accompagnateur ou chef de délégation

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

(À être complété par le titulaire de l'autorité parentale si le participant a moins de 18 ans)

Région : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Sexe : Homme Femme

Date de naissance : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ Expiration : _____

Personne contact en cas d'urgence Nom : _____ Prénom : _____

Père Mère Autre Autre (précisez) _____

Téléphone résidentiel : _____ Téléphone au travail : _____ Cellulaire : _____

Autre personne contact Nom : _____ Prénom : _____

Père Mère Autre Autre (précisez) _____

Téléphone résidentiel : _____ Téléphone au travail : _____ Cellulaire : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(À être complété par le titulaire de l'autorité parentale si le participant a moins de 18 ans)

Souffrez-vous de : Asthme Diabète Épilepsie

Avez-vous éprouvé des malaises après un coup à la tête au cours de 3 derniers mois?
Oui Non

Avez-vous eu des blessures ou des traitements de thérapie au cours des 3 derniers mois?
Oui Non

Si oui, quelle partie du corps/date/descriptions : _____

Avez-vous une condition médicale particulière qu'il serait important de mentionner? _____

Avez-vous des allergies alimentaires ou médicamenteuses? Oui Non

Si oui, précisez clairement la nature des allergies : _____

Médication actuelle (spécifiez le(s) nom(s) du (des) médicament(s) et la posologie) : _____

Avez-vous une diète spéciale ou aliment(s) contre-indiqué(s) : _____

VACCINS ET AUTRES (À être complété par le titulaire de l'autorité parentale si le participant a moins de 18 ans)

Indiquez toutes les informations médicales pertinentes, les vaccins ou tout autre traitement que vous jugez important de divulguer.

AUTORISATION (À être complété par le titulaire de l'autorité parentale si le participant a moins de 18 ans)

Si les personnes en charge de moi le jugent nécessaire, je les autorise à me transporter par ambulance, à mes frais, dans un établissement de santé. En cas d'urgence, si ma vie était en danger ou mon intégrité menacée à ce moment, je consens dès lors à ce que tous les soins médicaux requis par mon état de santé me soient prodigués. Par la présente, je confirme la validité des informations fournies.

SIGNATURE DU PARTICIPANT S'IL EST ÂGÉ D'AU MOINS 18 ANS

Lettres moulées

Signature

Date

SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE SI LE PARTICIPANT À MOINS 18 ANS

Par la présente, j'autorise mon enfant à participer aux activités dans la cadre de *Destination Loisirs 2020* à Shawinigan et par conséquent à ce qu'il ou elle s'absente de la maison du 4 au 7 septembre 2020. Je comprends que je demeurerai, en tant que titulaire de l'autorité parentale, seul responsable de réparer le préjudice causé par le fait ou la faute de mon enfant.

Si les personnes en charge de mon enfant le jugent nécessaire, je les autorise à le transporter par ambulance, dans un établissement de santé. En cas d'urgence, si sa vie était en danger ou son intégrité menacée à ce moment, je consens dès lors à ce que tous les soins médicaux requis par son état de santé lui soient prodigués. Par la présente, je confirme la validité des informations fournies.

Lettres moulées

Signature

Date

À RETOURNER OBLIGATOIREMENT AVEC LE FORMULAIRE D'INSCRIPTION INDIVIDUEL

