

# 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**

