



# FICHE MÉDICALE

**ATTENTION SPÉCIALE REQUISE OUI [ ] NON [ ]**

**IDENTIFICATION :**

**Adulte  / Jeune**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ No assurance-maladie (à 12 chiffres) : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_  
 Exp. \_\_\_\_\_  
 (pour les résidents du Québec)

Si mineur, nom de la mère/du père/du tuteur : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
 No civique Rue Ville Code postal  
 Téléphone 1 : \_\_\_\_\_ Téléphone 2 : \_\_\_\_\_

**AUTRE PERSONNE QUE LES PARENTS OU TUTEUR À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 No civique Rue Ville Code postal  
 Téléphone 1 : \_\_\_\_\_ Téléphone 2 : \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté : \_\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ :**

1. ASTHME	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	18. MAUX DE VENTRE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
2. ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	19. MENSTRUATION	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
3. CONJONCTIVITE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	20. OTITE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
4. CONVULSIONS	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	21. PALPITATIONS CARDIAQUES	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
5. DIABÈTE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	22. PERTE DE CONSCIENCE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
6. ÉPILEPSIE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	23. PEURS / PHOBIES	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
7. HANDICAP INTELLECTUEL	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	24. PROBLÈME CUTANÉ	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
8. HANDICAP PHYSIQUE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	25. PROBLÈME DE COMPORTEMENT	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
9. HYPERACTIVITÉ	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	26. PROBLÈME DIGESTIF	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
10. HYPERTENSION ARTÉRIELLE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	27. PROBLÈMES MUSCULAIRES	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
11. HYPERVENTILATION	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	28. PROBLÈMES NEUROLOGIQUES	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
12. HYPOGLYCÉMIE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	29. PROBLÈME VISUEL (LUNETTES)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
13. INCONTINENCE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	30. SAIGNEMENT DE NEZ	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
14. INSOMNIE / CAUCHEMARD	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	31. SOMNAMBULISME	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
15. MALFORMATION CARDIAQUE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	32. TROUBLES AUDITIFS / SURDITÉ	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
16. MAUX DE DOS	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	33. TROUBLES RESPIRATOIRES	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
17. MAUX DE TÊTE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	34. AUTRES... SPÉCIFIEZ	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Les vaccins sont-ils à jour ?  Oui  Non  
 Le vaccin du tétanos est-il à jour (moins de 10 ans) ?  Oui  Non  
 Les antécédents médicaux limitent-ils les activités physiques ?  Oui  Non

Dans le cas d'une réponse positive, lesquelles : \_\_\_\_\_

**AUTRES COMMENTAIRES :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALLERGIES :**

	OUI	NON	
Aux médicaments	[ ]	[ ]	Si oui, lesquelles
Aux aliments	[ ]	[ ]	Si oui, lesquelles
Autres	[ ]	[ ]	Si oui, lesquelles

**SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ SOUFFERT D'UN DES PROBLÈMES SUIVANTS ?**

	OUI	NON		OUI	NON
<b>PROBLÈMES NEUROLOGIQUES</b>			<b>PROBLÈMES CARDIAQUES</b>	[ ]	[ ]
Convulsions	[ ]	[ ]	Détails :		
Maux de tête	[ ]	[ ]			
Pertes de conscience	[ ]	[ ]			
Fréquence :			<b>PROBLÈMES RESPIRATOIRES</b>		
Autres (détaillez) :			Asthme	[ ]	[ ]
			Autres (spécifiez) :		
<b>PROBLÈMES D'OREILLES</b>			<b>PROBLÈMES DIGESTIFS</b>		
Otites (nombre : _____)	[ ]	[ ]	Détails :		
<b>PROBLÈMES DE NEZ</b>			<b>PROBLÈMES DERMATOLOGIQUES</b>		
Rhume des foins	[ ]	[ ]	Détails :		
Autres (détaillez) :					
<b>PROBLÈMES VISUELS</b>			<b>AUTRES PROBLÈMES</b>		
Conjonctivite	[ ]	[ ]	Détails :		
Autres (détaillez) :					

**MÉDICAMENTS À PRENDRE :**

NOM MÉDICAMENT(S) (présentation : mg\comp. ou mg/ml)	DOSE	INTERVALLE ENTRE LES DOSES	AU BESOIN (détails)	PÉRIODE DU \ AU

J'autorise le ou la responsable à administrer les médicaments mentionnés ci-dessus (si mineur) :

Signature \_\_\_\_\_

Avez-vous subi une opération dans les 6 derniers mois : OUI [ ] NON [ ]

Si oui, la date : \_\_\_\_\_ \ \_\_\_\_\_

Si oui, de quelle nature : \_\_\_\_\_

**En cas d'urgence, j'autorise les responsables ou le personnel médical à prendre les mesures nécessaires à la sauvegarde de ma santé.**

Signature (si mineur, autorité parentale ou tuteur) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ \ \_\_\_\_\_ \ \_\_\_\_\_

P:\GROUPES\FORMULAIRES\cartable\_medical/formulaires/Fiche médicale version 2



Avec la participation financière de la Coopérative La Cordée,  
de la Fondation scoutie La Cordée et  
du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur



Québec