

INSTRUCTIONS

- L'information figurant sur le présent formulaire peut être utilisée par les représentantes des GdC ou le personnel médical, ou partagée avec ces personnes, dans le but :
 - d'assurer la santé et la sécurité de votre fille (pupille);
 - de fournir, ou d'autoriser que soient fournis à votre fille (pupille) les premiers soins, l'attention et les soins médicaux appropriés ou le soutien additionnel requis;
 - d'obtenir votre autorisation relativement aux personnes pouvant venir chercher votre fille (pupille).
- L'information sur la santé de votre fille (pupille) est communiquée uniquement aux responsables qui s'occupent d'elle. Ces renseignements peuvent être divulgués à d'autres adultes si nous le jugeons nécessaire. Si votre fille (pupille) a des difficultés pouvant nécessiter un soutien additionnel, veuillez nous communiquer l'information pertinente pour que nous puissions la soutenir de notre mieux.
- Ce formulaire sera conservé par l'unité de votre fille (pupille). Vous devez nous aviser de tout renseignement qui doit être mis à jour – coordonnées, état de santé, médicaments ou soutien additionnel requis. Il se peut qu'on vous demande de vérifier ce formulaire périodiquement ou d'en remplir un nouveau si votre fille participe à une activité spéciale.
- Si la participante a été traitée par un médecin pour une maladie ou une blessure dans le mois précédant l'activité, il est recommandé de faire remplir et signer une Attestation de bonne forme (H.5) par un médecin.

PARTIE 1 – COORDONNÉES

Nom de la fille : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____
Nom de famille Prénom Jour / Mois / Année

Adresse : _____ Tél. rés. : () _____
N° Rue App. Ville Prov.

Cell. : () _____

Nom du parent/tuteur : _____
Nom de famille Prénom

Adresse (si elle diffère de la précédente) : _____
N° Rue App. Ville Prov.

Courriel : _____

Tél. rés. : () _____ Tél. travail : () _____ Cell. : () _____

Personne à joindre en cas d'urgence : _____
Nom de famille Prénom Lien avec la fille

Tél. rés. : () _____ Tél. travail : () _____ Cell. : () _____

Nom du médecin de famille (facultatif) : _____ Tél. : () _____

Numéro d'assurance maladie provincial (facultatif; requis pour les voyages à l'étranger) : _____

PARTIE 2 – ALLERGIES ET NOURRITURE

 Votre fille a-t-elle des allergies? Oui Non Si oui, veuillez préciser : _____

Allergie alimentaire	Potentiellement mortelle?	Autres (piqûres d'insectes/environmental, etc.)	Potentiellement mortelle?
	<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 fille (pupille) doit-elle garder avec elle des médicaments pour combattre une réaction allergique, par ex. un Epi-Pen ou une pompe pour l'asthme?

 Oui Non Si oui, veuillez préciser : _____

 Votre fille (pupille) a-t-elle des restrictions alimentaires? Oui Non Si oui, veuillez préciser. Si l'espace ci-dessous ne suffit pas, veuillez utiliser une pièce jointe pour fournir les renseignements nécessaires.

Nom de la participante _____

n° iMIS _____

Endroit/événement _____

Année _____

PARTIE 3 – SANTÉ / AMÉNAGEMENTS
Nom de la fille : _____

Veuillez indiquer si votre fille (pupille) est sujette à l'un des problèmes suivants :

- Maux de tête Maux d'oreille Cauchemars Énurésie Somnambulisme Asthme Maladie récente
 Trouble cognitif ou trouble du comportement Problème de santé mentale Déficience physique
 Lentilles de contact Lunettes Problème chronique de santé (par ex. arthrite, diabète, épilepsie) Mal de mouvement

 Est-elle informée au sujet des menstruations? Oui Non

 Autres – veuillez préciser :

Quelles mesures – aménagements, soutien additionnel ou autres types de modifications – permettraient à votre fille (pupille) de participer aux activités guides ou faciliteraient sa participation? Si l'espace ci-dessous ne suffit pas, veuillez utiliser une pièce jointe pour fournir les renseignements nécessaires.

PARTIE 4 – MÉDICAMENTS

Vous devez nous fournir, au moyen de la Fiche des médicaments administrés (H.3), la liste de tous les médicaments dont votre fille (pupille) aura besoin quand elle participe à une activité ou à un événement des GdC. Tous les médicaments DOIVENT ÊTRE FOURNIS PAR LE PARENT OU TUTEUR. Elle ne recevra aucun médicament qui n'a pas été fourni par VOUS.

Tout médicament (en vente libre ou sur ordonnance) requis par une fille membre doit être apporté dans son contenant original muni d'une étiquette indiquant clairement son nom et la posologie. Les médicaments doivent être remis à la responsable des premiers soins ou à la responsable désignée dès l'arrivée à l'activité ou au camp pour rangement. La responsable des premiers soins ou responsable désignée s'assurera que la fille prend ses médicaments conformément aux instructions fournies. Les participantes doivent consentir à prendre leurs médicaments.

PARTIE 5 – CONSENTEMENT
Toute l'attention ainsi que les soins nécessaires seront fournis pour assurer le confort et la santé de la participante.

Je, sous-signé(e), autorise les Guides du Canada et leur(s) représentante(s) à partager l'information, à prodiguer les premiers soins et à obtenir tout soin ou service médical (p. ex. : SMU, ambulance) estimés nécessaires au meilleur de son(leur) jugement pour ma santé et ma sécurité ou celles de ma fille (pupille) durant les activités des GdC. J'accepte d'assumer la responsabilité financière excédant le montant des prestations prévues dans le cadre du régime de santé provincial ou territorial ou du régime d'assurance des GdC.

Signature du parent ayant la garde (tuteur) _____

Date : _____

AUTORISATION DE VENIR CHERCHER UNE FILLE

Les Guides du Canada s'efforcent de procurer à votre fille (pupille) l'environnement le plus sûr possible. Veuillez fournir ci-dessous vos instructions concernant les personnes autorisées à venir la chercher après les activités guides.

- a) Ma fille (pupille) a ma permission de revenir seule à la maison. Veuillez apposer vos initiales : _____
 b) Les quatre personnes suivantes (en plus de moi-même et de la personne à joindre en cas d'urgence figurant sur ce formulaire) sont autorisées à venir chercher ma fille (pupille) après les activités guides :

Nom	Téléphone
1.	
2.	
3.	
4.	

** Si une autre personne que celles dont le nom figure dans la liste doit venir chercher votre fille (pupille), veuillez en aviser la responsable d'unité par écrit. En cas d'urgence, si aucune des personnes autorisées ne peut être rejointe, la responsable d'unité fera preuve de jugement afin de trouver une solution. Veuillez apposer vos initiales : _____ . Veuillez noter que les personnes dont le nom figure dans la liste peuvent se voir demander de présenter une pièce d'identité avec photo si elles ne sont pas connues des responsables de l'unité.*

PHOTO DE LA PARTICIPANTE

Il est recommandé de fournir une photo de votre fille (pupille).

Une photo est requise lorsqu'une fille participe à une activité ou à un camp où elle n'est pas connue (p. ex. : camps régionaux, sorties, rallyes de secteurs, etc.).

Placez la photo ici

NOTE À L'INTENTION DES RESPONSABLES : Détruisez ce formulaire de façon sûre à la fin de l'année guide ou remettez-le au parent (tuteur).