



102^e Groupe Scout des Laurentides
455, des Couventines
Québec (Québec) G3G 1J9

Castors
Louveteaux
Exploratrices
Éclaireurs
Pionniers

FICHE D'INSCRIPTION 2015-2016

(Information confidentielle à l'usage des scouts exclusivement)

RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE JEUNE

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	JOUR / MOIS / ANNÉE
No. Ass. Maladie :	
Nb. Frères/Sœurs :	

Téléphone maison :	
Adresse :	
Ville :	
Code postal :	

PARENT OU TUTEUR (premier contact et reçu d'impôt envoyé par courriel seulement)

Nom complet :	
Courriel :	
Téléphone maison :	
Téléphone travail :	
Cellulaire :	
Emploi :	

PARENT OU TUTEUR (contact secondaire)

Nom complet :	
Courriel :	
Téléphone maison :	
Téléphone travail :	
Cellulaire :	
Emploi :	

DÉSIR D'IMPLICATION DU PARENT AUX SCOUTS

<input type="checkbox"/> Animation	<input type="checkbox"/> Couture, costumes
<input type="checkbox"/> Gestion / Comptabilité	<input type="checkbox"/> Cuisine (cuisot)
<input type="checkbox"/> Accompagnement (sorties)	<input type="checkbox"/> Autre

AUTRE CONTACT EN CAS D'URGENCE

Nom complet :	
Téléphone :	
Lien avec le jeune :	

PARTICULARITÉS DE VOTRE JEUNE ("Bon à savoir")

Section pour la gestion

Type paiement :	Paiement :	Nb de jeunes :
-----------------	------------	----------------

AUTORISATION

Signez cette case si vous autorisez le 102^e Groupe scout des Laurentides et le District de Québec à publier des photos anonymes de votre enfant dans le but de faire la promotion du scoutisme et si vous autorisez votre enfant à faire du covoiturage avec les animateurs ou parents-accompagnateurs.

SIGNATURE :	
DATE :	JOUR / MOIS / ANNÉE

SIGNATURE ET CONTRAT DU PARENT

L'inscription d'un jeune au mouvement scout implique certaines responsabilités pour le parent. Je comprends que j'aurai à participer à certains financements, à fournir du transport à l'occasion et à participer à des réunions de parents au cours de l'année.

SIGNATURE :	
DATE :	JOUR / MOIS / ANNÉE

FICHE MÉDICALE 2015-2016

(Information confidentielle à l'usage des scouts exclusivement)

Nom du jeune : _____

ÉTAT MÉDICAL DE VOTRE JEUNE (ANTÉCÉDENTS)

OUI	NON	
		Asthme
		Acc. Vasculaire cérébral
		Conjonctivite
		Convulsions
		Diabète
		Épilepsie
		Handicap intellectuel
		Handicap physique
		Hypertension artérielle

OUI	NON	
		Hypoglycémie
		Hyperventilation
		Incontinence
		Malformation cardiaque
		Maux de dos
		Maux de tête / migraine
		Maux de ventre
		Menstruations
		Otites

OUI	NON	
		Palpit. cardiaques
		Perte de conscience
		Problèmes cutanés
		Problèmes digestifs
		Prob. musculaires
		Prob. neurologiques
		Saignements de nez
		Trouble auditif
		Trouble respiratoire

QUESTIONS GÉNÉRALES SUR VOTRE JEUNE	OUI	NON
Ses VACCINS sont-ils à jour ?		
A-t-il un ÉPIPEN ?		
Porte-t-il des LUNETTES ?		
Porte-t-il un APPAREIL (auditif, dentaire, etc.) ?		
A-t-il un DÉFICIT D'ATTENTION (TDA/TDAH) ?		
Fait-il des CAUCHEMARS ou de l'INSOMNIE ?		
Sait-il NAGER ?		

ALLERGIES

PEURS ET PHOBIES

MÉDICAMENTS AUTORISÉS (en vente libre)	OUI	NON
Anti-histaminique pour allergies (Benadryl, etc.)		
Acétaminophène (Tylénol, Tempra, etc.)		
Ibuprophène (Advil, Motrin, etc.)		
Anti-émétique (Gravol)		
Antibiotique en crème (Polysporin)		
Traitement pour piqûres (Afterbite, Calamine)		
Crème pour coups de soleil (Aloès)		

(Nous n'avons pas ces médicaments en stock, vous devez les mettre dans les bagages de votre enfant)

INFORMATIONS SCOLAIRES	
Nom de l'école :	
Niveau scolaire :	
Enseignant :	

AUTRES ACTIVITÉS (loisirs, sports)

MÉDICAMENTS SOUS PRESCRIPTION avec POSOLOGIE
(toujours fournir l'original du contenant avec prescription à l'intérieur)

SIGNATURES (mises-à-jour)	DATE
	JR / MS / AN
	JR / MS / AN
	JR / MS / AN
	JR / MS / AN
	JR / MS / AN