



Corps de tambours et clairons / Drum & Bugle Corps

Fiche médicale 2024

Photo

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 # de tél. : (____) _____
 DATE DE NAISSANCE : ____/____/____
 (Jour) (Mois) (Année)

ASS MALADIE : _____
 EXPIRATION : _____

ASSURANCE MÉDICALE HORS QUÉBEC :

Les Stentors se rendent généralement aux USA pour une durée de 31 jours chaque été. **Une assurance hors Québec est indispensable.** Si vous ne possédez une telle assurance, vous devrez vous en procurer une et nous fournir ces informations **avant** notre première sortie aux États-Unis.

Je possède une assurance hors Québec : **Oui** **Non**
Si oui, complétez l'information suivante :

COMPAGNIE : _____ DATE D'EXPIRATION : ____/____/____
 (Jour) (Mois) (Année)
 NUMÉRO DE POLICE : _____
 NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA COMPAGNIE : (____) _____

TÉLÉPHONES D'URGENCES :

<u>PÈRE</u>	<u>MÈRE</u>	AUTRES (que vos parents) : Grands-parents, voisin, oncle
MAISON : (____) _____	(____) _____	Précisez : _____
TRAVAIL : (____) _____	(____) _____	(____) _____
CELL. : (____) _____	(____) _____	(____) _____

⇒ VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'UNE OU DE PLUSIEURS DE CES ALLERGIES?

Noix Piqûre de guêpe Autre (préciser svp) _____

Prend-il de la médication pour traiter cette allergie? OUI NON

Nom du médicament : _____ Concentration : _____

➤ **Si votre enfant faisait une crise d'allergie et qu'il était dans l'impossibilité de s'administrer lui-même sa médication, autorisez-vous les Stentors à lui administrer les premiers soins et les traitements nécessaires à votre enfant?** OUI NON

NOM : _____ PRÉNOM : _____

⇒ VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'UNE OU DE PLUSIEURS DE CES MALADIES:

ASTHME :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	TROUBLE D'ATTENTION (TDAH et autres) :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
TROUBLES CARDIAQUES :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANXIÉTÉ :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
PROBLÈMES DE GENOUX :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	CRISE DE PANIQUE :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
DIABÈTE :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	TROUBLE DÉPRESSIF :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
PROBLÈMES D'OREILLE :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

⇒ Si vous avez coché OUI à l'une des questions précédentes, remplissez la section suivante :

Maladie/Trouble

Votre enfant prend-il de la médication pour ce problème?
 OUI NON

Est-ce une médication par;
 comprimé sirop par injection

Nom du médicament : _____

Concentration de la dose : _____

Fréquence par jour : _____

Votre enfant connaît-il la procédure pour s'administrer lui-même sa médication? OUI NON

Est-ce qu'une supervision de la part des Stentors est nécessaire à ce sujet? OUI NON

Maladie/Trouble

Votre enfant prend-il de la médication pour ce problème?
 OUI NON

Est-ce une médication par;
 comprimé sirop par injection

Nom du médicament : _____

Concentration de la dose : _____

Fréquence par jour : _____

Votre enfant connaît-il la procédure pour s'administrer lui-même sa médication? OUI NON

Est-ce qu'une supervision de la part des Stentors est nécessaire à ce sujet? OUI NON

Votre enfant porte-t-il des lunettes ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant porte-t-il des verres de contact ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant a-t-il déjà eu une fracture du crâne ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Si oui, spécifiez : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Avez-vous été vacciné pour la covid-19 ? Oui Non

Êtes-vous immuno-supprimé (*système immunitaire faible ou déficient*) ? Oui Non

Veillez inscrire dans cette section toutes autres informations médicales que vous jugez nécessaires et qui pourraient s'avérer utiles lorsque nous serons sur la route avec votre enfant :

PERMISSION DES PARENTS OU DU TUTEUR LÉGAL :

En cas d'urgence, j'accorde aux responsables des Stentors mon consentement et toute autorisation nécessaire pour l'hospitalisation et les traitements médicaux qui pourraient s'imposer pour mon enfant. De plus, je m'engage à ne pas tenir les organisateurs des Stentors responsables en cas d'accident. J'autorise mon enfant à voyager avec le groupe.

Père : _____

Mère : _____

Signature : _____

Signature : _____

Date : _____

Date : _____

Tuteur : _____

Signature : _____

Date : _____

- ⇒ Fournir une photocopie de la carte d'assurance maladie.
- ⇒ Fournir une photocopie de votre assurance hors Québec personnelle.
- ⇒ Fournir une photocopie de la première page de votre passeport ou du certificat de naissance.
- ⇒ Fournir deux photos du visage du membre.