

Ce formulaire doit être rempli pour toutes les activités avec nuitée ou toutes les activités de niveau Rouge.

Tout adulte assurant la supervision et qui a un problème de santé pouvant mettre sa vie en danger ou qui prend des médicaments pouvant avoir un impact sur sa capacité de superviser les filles doit en informer la première responsable, la responsable des premiers soins et les autres personnes assurant la supervision.

INSTRUCTIONS:

1. L'information figurant sur le présent formulaire peut être utilisée par les représentantes des GdC ou le personnel médical, ou partagée avec ces personnes, afin de vous fournir ou d'autoriser que vous soyez fournis les soins médicaux appropriés, au besoin.
2. Ce formulaire doit être rempli pour les activités comportant le coucher et les activités de niveau Rouge.
 - a. Pour toute activité dont le délai d'intervention des SAMU est inférieur à 1 heure
 - Nous vous demandons de conserver ce formulaire dans votre sac, avec vos effets personnels, et d'informer la première responsable ou une autre participante de l'endroit où vous l'avez rangé
 - Il peut être remis au première responsable de l'activité. Il doit être rendu à l'adulte après l'activité.
 - b. Pour toute activité dont le délai d'intervention des SAMU est supérieur à 1 heure
 - le formulaire doit être remis à la responsable des premiers soins.
3. Si vous avez un problème médical ou un état de santé qui est susceptible d'avoir un impact sur votre capacité de superviser les filles, veuillez consulter le Guide Sécurité pour de plus amples renseignements.
4. Si vous avez une déficience pouvant nécessiter des mesures d'adaptation, veuillez nous en aviser et en discuter avec nous pour que nous puissions répondre à vos besoins.
5. Vous aurez peut-être à vérifier et à mettre à jour le formulaire périodiquement durant l'année.

PARTIE 1 – COORDONNÉES

Nom : _____					
Adresse : _____					Tél. rés. : _____
N°	Rue	App..	Ville	Prov.	Code de postal
					Cell: _____

Personne à joindre en cas d'urgence : _____		
Tél. : Rés. : _____	Travaï : _____	Cell. : _____

Médecin de famille (facultatif) : _____	Tél. : _____
Numéro d'assurance-maladie provinciale _____ (optionnel; information requise pour les voyages à l'étranger)	

PARTIE 2 – ALLERGIES ET NOURRITURE

Avez-vous des allergies? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez préciser ci-dessous.			
Allergie alimentaire	Potentiellement mortelle?	Autres <i>d'insectes, environnemental, etc.)</i>	Potentiellement mortelle?
	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"/>
<i>Si l'espace ci-dessous ne suffit pas, veuillez utiliser une pièce jointe pour fournir les renseignements nécessaires.</i>			
Devez-vous garder avec vous des médicaments contre les allergies comme un EpiPen ou un inhalateur pour l'asthme?			
Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez préciser : _____			
<i>Si l'espace ci-dessous ne suffit pas, veuillez utiliser une pièce jointe pour fournir les renseignements nécessaires.</i>			

Nous protégeons et respectons vos renseignements personnels. Ces renseignements ne sont utilisés qu'aux fins énoncées sur le formulaire ou visées par celui-ci. Pour plus d'information, consultez notre énoncé sur la confidentialité à www.girlguides.ca ou communiquez avec votre bureau provincial ou le Bureau national pour en obtenir un exemplaire.

Avez-vous des restrictions alimentaires ou des besoins particuliers en matière d'alimentation?
Oui Non Si oui, veuillez préciser : *Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une autre feuille.*

PARTIE 3 – SANTÉ /MESURES D'ADAPTATION

Avez-vous besoin de mesures d'adaptation, de soutien additionnel ou de modifications pour assumer votre rôle?

Oui Non Si vous répondez Oui, veuillez préciser :

Y a-t-il d'autres renseignements que vous voulez communiquer à la première responsable ou au personnel?

PARTIE 3 – SANTÉ /MESURES D'ADAPTATION**Historique de santé**

Remplir la section suivante seulement si l'activité a lieu dans un environnement où le temps de réponse des SMU sera de plus de 1 heure.

Êtes-vous sujette aux affections suivantes? (Veuillez cocher toutes les cases pertinentes.)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Verres de contact | <input type="checkbox"/> Lunettes |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Incapacité physique | <input type="checkbox"/> Mal des transports | <input type="checkbox"/> Somnambulisme |
| <input type="checkbox"/> Maux d'oreille | | | |
| <input type="checkbox"/> Maladies récentes: Veuillez préciser: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Affections chroniques (arthrite, diabète, épilepsie etc.): Veuillez préciser: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre – Veuillez préciser: _____ | | | |

PARTIE 4 – MÉDICAMENTS

Tout médicament (avec ou sans ordonnance) doit être apporté par vous et rangé de manière à ce qu'il ne soit pas accessible aux filles.

Les médicaments requis dans le cas de problèmes de santé ou d'allergies pouvant mettre la vie en danger doivent être facilement accessibles en tout temps.

PARTIE 5 - CONSENTEMENT

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

Je, soussigné(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: _____ Date: _____

Mis à jour:

Signature: _____ Date: _____

Le présent formulaire est valide pour un an. Une mise à jour peut être demandée durant cette période.