



LIGUE NAVALE DU CANADA

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Ce document doit être attesté à la Section 5 par le parent ou tuteur qui est légalement responsable du cadet ou de la cadette.

REEMPLIR CE FORMULAIRE

Ce questionnaire peut être rempli électroniquement, puis imprimé ou il peut être imprimé et rempli à la main. Si vous le remplissez à la main, assurez-vous d'écrire en lettres moulées. Tant que ce formulaire n'aura pas été rempli correctement et remis à l'officier d'administration des cadets ou à son représentant désigné, les cadets ne seront pas autorisés à participer aux activités et à l'instruction.

ALLERGIES ALIMENTAIRES

Il est important que les parents comprennent que la Ligue navale du Canada et ses corps de cadets n'ont pas le mandat, ni l'équipement, ni le personnel permettant d'offrir des aliments sans allergènes ou des conditions particulières de préparation des aliments. Ces limites s'appliquent aux repas et aux collations, qu'ils soient préparés par un traiteur, des bénévoles ou des parents, et pour tous les genres de programmes, de cours et d'activités qui ont lieu pendant l'année, soit localement, soit en sortie. La Ligue navale du Canada s'inquiète du fait que certaines activités pourraient ne pas convenir pour les cadets ou cadettes qui ont une ou des intolérances ou allergies alimentaires.

À la Section 5, les personnes soumises à des restrictions alimentaires doivent indiquer qu'ils connaissent les dispositions susmentionnées et veulent tout de même participer aux programmes, aux cours et aux activités qui pourraient comporter des repas et des collations.

MÉDICAMENTS

Les parents doivent aviser le commandant ou l'officier responsable de tout médicament que leur enfant doit apporter et qu'il peut avoir besoin de prendre lors d'activités prolongées. Les médicaments DOIVENT être dans le contenant d'origine, de préférence une plaquette alvéolaire, portant le nom du cadet ou de la cadette, celui du médicament et sa dose clairement indiqués. Ceux qui ont besoin d'un inhalateur ou d'un EpiPen devront les porter sur eux en tout temps dans un sac banane approprié ou autre type d'étui. Ils devraient aussi aviser le personnel de tout problème de santé qui peut avoir un effet sur la sécurité du personnel ou des autres.

Veillez noter que lorsque votre enfant est sous la supervision des membres du corps de cadets de la Ligue navale, leur bien-être et sécurité sont fondamentales. Dans le cas où un incident/urgence se produisait, nos membres feront tout le nécessaire pour répondre à la situation, y compris obtenir des soins médicaux.

S'il y a une condition médicale préexistante, le souscripteur d'assurance de la Ligue navale peut limiter la couverture à la suite d'un accident ou d'une blessure liée à cette condition médicale.

Si ce formulaire soulève des questions, veuillez communiquer avec le commandant du corps de cadets.

LIGUE NAVALE DU CANADA – QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Section 1 – Renseignements personnels du cadet ou de la cadette

Grade	Nom	Prénom	Deuxième prénom
Adresse		Ville	Code postal
Sexe <input type="checkbox"/> masc. <input type="checkbox"/> fém.	Date de naissance Jour Mois Année	Tél. à la maison	Corps de cadets de ...(lieu)

Section 2 – Renseignements médicaux du cadet ou de la cadette

Nom du médecin de famille		Numéro de téléphone du médecin de famille	
N° d'assurance-maladie provinciale	Assurance-santé	Numéro de groupe	N° de la personne à charge
Dernière immunisation antitétanique Mois	Année	Le cadet sait-il nager? Indiquer son niveau en natation. S'il y a lieu	

Section 3 – Renseignements personnels du parent ou tuteur

1. Nom du parent ou tuteur		1. Relation avec le cadet	
1. Téléphone à la maison	1. Cellulaire	1. Téléphone au travail	1. Poste
1. Adresse municipale		1. Ville	1. Code postal
2. Nom du parent ou tuteur		2. Relation avec le cadet	
2. Téléphone à la maison	2. Cellulaire	2. Téléphone au travail	2. Poste
2. Adresse municipale		2. Ville	2. Code postal

Section 4 – Coordonnées d'une personne en cas d'urgence

Nom de la personne-ressource en cas d'urgence (doit être autre que parent/tuteur de la section 2)		Relation avec le cadet	
Téléphone à la maison	Cellulaire	Téléphone au travail	Poste

Les renseignements suivants sont nécessaires pour aider le Corps de cadets de la Ligue navale à déterminer les capacités du cadet (cadette) nommé ci-dessus à participer à certains aspects du programme d'instruction, entre autres marche militaire sur surface dure, nager ou faire d'autres activités physiquement exigeantes. Ces renseignements seront utiles aussi pour alerter l'état-major du corps de tout problème médical ou physique possible qui pourrait exiger de l'attention lorsque le cadet reçoit de l'instruction. Tous les renseignements resteront confidentiels.

4A Indiquer si **OUI** ou **NON** pour chacun des éléments suivants pour le cadet ou la cadette :

	OUI	NON		OUI	NON
Maladie nerveuse ou dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhumatisme ou arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blessure à la tête, commotion, maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble de l'estomac, intestin, rectum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissement, évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsions ou crises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur lombaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie nez, gorge, yeux, oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble des reins ou de la vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie pulmonaire / toux chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de la peau - médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problème de pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urticaire, fièvre des foins, asthme ou allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal des transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie du cœur, souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fractures des os	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie tropicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble d'apprentissage (p.ex., dyslexie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daltonisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte ou trouble de l'audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bégaiement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Énurésie (mouille son lit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lentilles / verres correcteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles menstruels causant une incapacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4B Si vous avez coché «**OUI** » à un des éléments ci-dessus, donnez les renseignements qui vous semblent pertinents.

4C Décrivez les maladies, blessures ou incapacités non mentionnées ci-dessus.

4D Décrivez les allergies, réactions ou symptômes et traitements des réactions (si le cadet peut s'administrer l'EpiPen).

4E Donnez une liste des opérations subies au cours des cinq (5) dernières années.

4F Décrivez les restrictions alimentaires.

Le cadet prend-il des médicaments actuellement? Oui Non Si oui, remplir l'annexe A.


Activités prolongées : il est possible que les **MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE** suivants doivent être administrés par notre officier responsable. Indiquez lesquels des médicaments suivants vous nous permettez d'administrer.

		Administrier		Ne pas administrer
		Dose pour enfant / pour adulte		
CONTRE LA DOULEUR	Tylenol (acétaminophène)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ibuprofen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTRE LE MAL DE COEUR	Gravol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pepto Bismol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAL DE GORGE	Tums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pastilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONGESTION DES SINUS	Allegra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Benadryl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÉRUTION OU PIQÛRES	Claritin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lotion de calamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES MÉDICAMENTS (fourmis par le parent ou tuteur)	After Bite® (soulagement rapide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Polysporin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Section 5 – Confirmation et consentement des parents

Si des restrictions s'appliquent par rapport à 4D ou 4F ci-dessus, consentez-vous à ce que le cadet nommé ci-dessus participe à l'instruction et aux activités où un repas sera fourni selon les conditions décrites à la page 1 sous la rubrique « Allergies alimentaires »? Oui Non

J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets, exacts et valides pour autant que je sache. Je reconnais que je dois aviser le commandant du Corps de cadets de la Ligue navale sans tarder si un renseignement devient incomplet, inexact ou invalide à cause d'un changement dans l'état du cadet en question.

Signature du parent ou tuteur  Date

Annexe A – Médication actuelle

Nom du médicament		Posologie
Fréquence (cocher une seule case) <input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Seulement au besoin	Pris (cocher une seule case) <input type="checkbox"/> Avec des aliments <input type="checkbox"/> Sans aliments	Moments où le médicament est pris (cocher toutes les cases applicables) <input type="checkbox"/> Déjeuner <input type="checkbox"/> Dîner <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Au coucher <input type="checkbox"/> Au lever <input type="checkbox"/> Au besoin
Instructions spéciales		
Nom du médicament		Posologie
Fréquence (cocher une seule case) <input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Seulement au besoin	Pris (cocher une seule case) <input type="checkbox"/> Avec des aliments <input type="checkbox"/> Sans aliments	Moments où le médicament est pris (cocher toutes les cases applicables) <input type="checkbox"/> Déjeuner <input type="checkbox"/> Dîner <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Au coucher <input type="checkbox"/> Au lever <input type="checkbox"/> Au besoin
Instructions spéciales		
Nom du médicament		Posologie
Fréquence (cocher une seule case) <input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Seulement au besoin	Pris (cocher une seule case) <input type="checkbox"/> Avec des aliments <input type="checkbox"/> Sans aliments	Moments où le médicament est pris (cocher toutes les cases applicables) <input type="checkbox"/> Déjeuner <input type="checkbox"/> Dîner <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Au coucher <input type="checkbox"/> Au lever <input type="checkbox"/> Au besoin
Instructions spéciales		
Nom du médicament		Posologie
Fréquence (cocher une seule case) <input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Seulement au besoin	Pris (cocher une seule case) <input type="checkbox"/> Avec des aliments <input type="checkbox"/> Sans aliments	Moments où le médicament est pris (cocher toutes les cases applicables) <input type="checkbox"/> Déjeuner <input type="checkbox"/> Dîner <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Au coucher <input type="checkbox"/> Au lever <input type="checkbox"/> Au besoin
Instructions spéciales		
Nom du médicament		Posologie
Fréquence (cocher une seule case) <input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Seulement au besoin	Pris (cocher une seule case) <input type="checkbox"/> Avec des aliments <input type="checkbox"/> Sans aliments	Moments où le médicament est pris (cocher toutes les cases applicables) <input type="checkbox"/> Déjeuner <input type="checkbox"/> Dîner <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Au coucher <input type="checkbox"/> Au lever <input type="checkbox"/> Au besoin
Instructions spéciales		