



LIGUE NAVALE DU CANADA

QUESTIONNAIRE MÉDICAL POUR LES CADETS

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 POUR LES CADETS

Section 1 – Renseignements personnels du cadet ou de la cadette									
Grade		Nom			Prénom			Deuxième prénom	
Sexe <input type="checkbox"/> masc. <input type="checkbox"/> fém.		Date de naissance Jour Mois Année			Corps Nom		Corps de cadets de... (lieu)		
Section 2 – Renseignements médicaux du cadet ou de la cadette									
Nom du médecin de famille						Phone #			
No d'assurance-maladie provinciale				Date d'expiration		Assurance-santé		Numéro de groupe	
Numéro de police		No de la personne à charge		Dernière immunisation antitétanique Mois Année		Le cadet sait-il nager? Oui Non			
Section 3 - Renseignements personnels du parent ou tuteur									
1. Nom du parent ou tuteur						Relation avec le cadet			
Téléphone à la maison			Cellulaire		Téléphone au travail			Poste	
Adresse municipale					Ville		Code postal		
2. Nom du parent ou tuteur						Relation avec le cadet			
Téléphone à la maison			Cellulaire		Téléphone au travail			Poste	
Adresse municipale					Ville		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	
<p>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.</p>									
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"/>		
Étourdissements, 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 foies, asthme ou allergie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal des transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Maladie du coeur, souffle court		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fractures des os		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Maladies tropicales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble d'apprentissage (eg. 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"/>		
Bégaïement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Énurésie (mouille son lit)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lentilles/verres correcteurs (Lunettes/contacts)		<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.

		Administrer		Ne pas administrer
		Dose pour enfant	Pour adulte	
CONTRE LA DOULEUR	Tylenol (acétaminophéné)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ibuprofen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTRE LA MAL DE COEUR	Gravol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pepto Bismol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAL DE GORGE	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"/>
	Claritin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÉRUPTIONS OU PIQÛRES	Lotion de calamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Afterbite® (soulagement rapide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Polysporin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES MÉDICAMENTS	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(fournis par le parent ou tuteur)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Section 5 – Parental Acknowledgement and Consent

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 _____

Appendix 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		