



Formulaire d'aptitude physique

POUR LES NON-MEMBRES

Prénom

Nom de famille

Date de naissance

Âge

Sexe

Adresse

Ville

Province

Code postal

Numéro de téléphone

Nom du groupe scout

Personne à contacter en cas d'urgence

Numéro de téléphone

Informations médicales d'urgence

Le ou la participant(e) a-t-il des allergies

Oui

Non

Détails au sujet de l'allergie

Veillez indiquer ci-dessous les conditions médicales, maladies, opérations, troubles ou problèmes que le ou la participant(e) a eu ou a actuellement — qui pourrait affecter sa participation ou qui devrait être noté en cas d'urgence.

Veillez indiquer tout médicament que le ou la participant(e) prend actuellement :

Le ou la participant(e) a-t-il/elle des besoins particuliers (aides médicales, exigences religieuses, régime alimentaire, etc.)

Date du dernier vaccin contre le tétanos _____

Nageur

Ne sait pas nager

Je consens à ce que les informations médicales me concernant ou concernant mon enfant soient communiquées au personnel d'urgence en cas d'urgence.

Nom

Signature

Date