**FICHE SANTÉ**

|  |
| --- |
| **INFORMATION SUR LE PARTICIPANT** |

Prénom  et nom :

Adresse :

Date de naissance : Groupe sanguin :

**Personnes à contacter en cas d’urgence**

|  |  |
| --- | --- |
| Prénom et nom  |  |
| Lien de parenté |  |
| Téléphone 1  |  |
| Téléphone 2  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Prénom et nom  |  |
| Lien de parenté |  |
| Téléphone 1  |  |
| Téléphone 2  |  |

Nom du médecin traitant (le cas échéant) :

Coordonnées :

**ASSURANCE**

Nom de la compagnie :

Numéro de police : \_

|  |
| --- |
| **Information sur l’état de santé du participant** |

* Êtes-vous diabétique ? ❑ Oui ❑ Non
* Êtes-vous asthmatique ? ❑ Oui ❑ Non
* Souffrez-vous d’allergie(s)? ❑ Oui ❑ Non

Précisez  :

* Avez-vous des contre-indications alimentaires, des intolérances ou un régime alimentaire particulier? ❑ Oui ❑ Non

Précisez :

* Souffrez-vous d’une maladie ou d’une limitation physique ou mentale ?

❑ Oui ❑ Non

*(Il est important de faire connaître aux organisateurs du projet toute maladie physique ou mentale connue afin de prévenir toute situation qui pourrait les prendre par surprise et mettre votre vie en danger ou encore nuire à la bonne marche du projet.)*

Précisez :

* Avez-vous été hospitalisé au cours de la dernière année?

❑ Oui ❑ Non

Précisez :

**MÉDICATION**

Veuillez indiquer les médicaments que vous prendrez au cours du voyage. Pour chacun des médicaments, veuillez joindre une copie de l’ordonnance d’origine.

Vous devez toujours transporter vos médicaments dans leurs contenants d’origine et y apposer l’ordonnance de votre pharmacien.

Veuillez nous aviser de l’endroit où nous pouvons les trouver en cas de besoin :

|  |
| --- |
| **Nom du médicament** |
|  |  |
|  |  |

***J’atteste que les informations ci-dessus font état de mon état de santé actuel et sont complètes. J’autorise l’institution d’enseignement à les communiquer à qui de droit en cas d’urgence.***

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_