



FORMULAIRE MÉDICAL

Ligue Navale du Canada, Division du Québec



IMPORTANT : ce formulaire doit OBLIGATOIREMENT accompagner la demande d'admission.

IDENTIFICATION DU CADET (TE) DE LA LIGUE NAVALE (Écrire lisiblement, en lettres moulées)			
Nom : _____	Prénom : _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Date de naissance : _____ / _____ / _____	# ass. maladie : _____	Expire : _____ / _____	
jour mois année		mois année	
CCLN : _____ # _____	Succursale : _____		

Les renseignements suivants sont demandés afin d'aider les officiers responsables à déterminer si le cadet peut participer à certaines activités du programme d'instruction : exercices militaires (drill), sport ou toute autre activité demandant un effort physique. Ils permettront également de déceler tout problème médical éventuel qui peut nécessiter leur attention pendant la période d'instruction.

Le cadet(te) a-t-il déjà souffert ou souffre-t-il d'une des maladies suivantes	OUI	NON	Le cadet(te) a-t-il déjà souffert ou souffre-t-il d'une des maladies suivantes	OUI	NON
Système Nerveux			Système respiratoire ORL		
Nervosité / troubles dépressifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Affection du nez / gorge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lésion ou commotion cérébrale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Affection des oreilles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vertige ou évanouissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Affection pulmonaire / toux chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles épileptiques (convulsions)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asthme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maux de tête fréquents / migraines	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Grippe H1N1 date vaccin : _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyperactivité : déficit de concentration / attention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problème d'audition (surdité)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médication : période scolaire seulement **	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Troubles oculaires		
Système gastrique intestinal			Écoulement / irritation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Constipation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lunettes / verre de contact	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diarrhée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nausée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Système musculaire / ossature / allergies		
Vomissements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Douleur musculaire au bas du dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleur abdominale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mouvement limité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hernie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fractures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Rhumatismes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Système urinaire / gynécologique			Arthrite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incontinence urinaire (énurésie) <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hypertension	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleurs menstruelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Allergies médicaments : pénicilline, etc... **	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Affection de la peau			Allergies alimentaires : arachides, etc... **	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éruption cutanée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergies autres : pollen, insectes, animaux, etc... **	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Affection des pieds	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Affection cardiaque, essoufflement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mal des transports ou des voyages	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Maladie tropicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre : _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Autre : _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

** Si vous avez répondu OUI à l'une des questions qui précèdent, veuillez préciser :

Votre enfant prend-il des médicaments Oui Non lequel ou lesquels et pourquoi et la posologie :

Votre enfant a-t-il été hospitalisé et / ou indiquer les opérations subies (préciser l'âge et la nature de l'intervention) :

Décrire toute maladie ou blessure non mentionnées précédemment :

AUTORISATION PARENTALE

Lors de sorties de plus d'une journée ou d'activités non régulières :

IMPORTANT : J'autorise par la présente, l'autorité responsable, à administrer en cas de fièvre (plus de 38,5) ou de maux de tête, et selon la posologie régulière (1 comprimé aux 4 heures) du :

Tylénol pour adulte Tylénol pour enfant Initiales _____

Je consens et accepte, par la présente, à ce que mon fils, ma fille, reçoive des soins médicaux d'urgence, si nécessaire **à mes frais**. Oui Non Initiales _____

Je désire être avisé aussitôt, si mon enfant doit consulter un médecin. Oui Non Initiales _____

J'ai rempli le présent questionnaire et, en autant que je sache, il correspond à l'état de santé de mon enfant. J'affirme qu'aucune information importante quant à la santé de mon enfant n'a été omise. Je suis conscient qu'en cas de problème médical ou de comportement grave relevant d'une telle omission de ma part, mon fils ou ma fille, pourrait être retourné à la maison, à mes frais et sans remboursement.

Date : _____ Signature du père, de la mère ou du tuteur : _____

À l'usage de l'administration du CCLN Grande-Rivière

Notes:

Signature de l'officier d'administration

Date