****

**FICHE DE SANTÉ DU PARTICIPANT**

FORUM RADICALISATION

27 ET 28 MAI 2016

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** |  |
| **Prénom :** |  |
| **Date de naissance :** |  |
| **Numéro d’assurance maladie :** |  |
| **Groupe sanguin :** |  |
|  |  |
| **Médecin traitant (le cas échéant)** |  |
| Nom : |  |
| Coordonnées : |  |

**Allergies connues**

Souffrez-vous d’allergie(s)?

Oui

Non

**Précisez** *(cette information est très importante pour les responsables de l’activité et les accompagnateurs advenant une situation d’urgence)*



Avez-vous souffert d’allergie(s) au cours des dix dernières années?

Oui

Non

**Précisez**



Avez-vous des contre-indications alimentaires, des intolérances ou un régime alimentaire particulier?

Oui

Non

**Précisez**



**Maladies physiques ou mentales connues**

Souffrez-vous d’une maladie physique ou mentale?

Oui

Non

**Précisez**  *(Il est important de faire connaître aux responsables 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.)*



Avez-vous souffert d’une maladie physique ou mentale au cours des dix dernières années?

Oui

Non

**Précisez**



**Limites physiques ou phobies**

Souffrez-vous d’une incapacité ou d’une limitation sérieuse qui pourrait réduire votre mobilité ou votre résistance à l’effort (ex. : crampes menstruelles très douloureuses, maux de genoux, pied, hanche ou dos, etc.)?

Oui

Non

**Précisez**



**Hospitalisations récentes**

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

Oui

Non

**Précisez**



**Médication**

Veuillez indiquer les médicaments que vous prendrez lors de votre passage au Collège. Pour chacun des médicaments, indiquez le nom, la cause et la posologie.

|  |  |
| --- | --- |
| *Nom du médicament* | *Cause et posologie* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

Veuillez indiquer les coordonnées d’au moins deux personnes qui pourraient être rejointes en cas d’urgence.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | PERSONNE #1 | PERSONNE #2 |
| Nom, prénom |  |  |
| Lien avec le participant |  |  |
| Numéro de téléphone à la maison |  |  |
| Numéro de téléphone cellulaire |  |  |
| Numéro de téléphone au travail |  |  |
| Autre numéro de téléphone |  |  |
| Adresse électronique |  |  |

***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 du participant Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent (si – 18 ans) Date

Les renseignements confidentiels recueillis servent à protéger votre santé. Ils seront transmis aux personnes susceptibles de vous porter secours si le besoin se manifestait. Cependant, l’institution d’enseignement s’engage à préserver la confidentialité des renseignements personnels en regard de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*