****

**FICHE D’IDENTIFICATION ET SANTÉ DU PARTICIPANT**

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

|  |
| --- |
| **ALLERGIES CONNUES ET/OU RESTRICTIONS ALIMENTAIRES** |

Souffrez-vous d’allergie(s)?

Oui  Non

**Précisez**

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**

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

Oui  Non

**Précisez**

|  |
| --- |
| **LIMITES PHYSIQUES** |

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**

(suite page suivante)

|  |
| --- |
| **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 |  |  |

|  |
| --- |
| **AUTORISATION DE PRISES DE PHOTOS OU VIDÉOS** |

Je soussigné(e), autorise par la présente le Collège Montmorency à utiliser toute photo ou image de moi, vidéographique ou autre dans un but promotionnel ou d’information (documents publicitaires, médias, etc.), incluant l’utilisation de ces documents sur les réseaux sociaux (Facebook, Twitter, Instagram, etc.)

Ainsi, je dégage le Collège de toute responsabilité en égard à l’utilisation des dites photographies ou images dans le cadre des fins ci-haut décrites et ce, pour une période illimitée.

***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*