



LIGUE NAVALE DU CANADA

QUESTIONNAIRE MÉDICAL POUR LES CADETS

Ce document doit être attesté à la Section 5 par le parent ou tuteur qui est légalement responsable du cadet ou de la cadette.

REEMPLIR CE FORMULAIRE

Ce questionnaire peut être rempli électroniquement, puis imprimé ou il peut être imprimé et rempli à la main. Si vous le remplissez à la main, assurez-vous d'écrire en lettres moulées. Tant que ce formulaire n'aura pas été rempli correctement et remis à l'officier d'administration des cadets ou à son représentant désigné, les cadets ne seront pas autorisés à participer aux activités et à l'instruction.

ALLERGIES ALIMENTAIRES

Il est important que les parents comprennent que la Ligue navale du Canada et ses corps de cadets n'ont pas le mandat, ni l'équipement, ni le personnel permettant d'offrir des aliments sans allergènes ou des conditions particulières de préparation des aliments. Ces limites s'appliquent aux repas et aux collations, qu'ils soient préparés par un traiteur, des bénévoles ou des parents, et pour tous les genres de programmes, de cours et d'activités qui ont lieu pendant l'année, soit localement, soit en sortie. La Ligue navale du Canada s'inquiète du fait que certaines activités pourraient ne pas convenir pour les cadets ou cadettes qui ont une ou des intolérances ou allergies alimentaires.

À la Section 5, les personnes soumises à des restrictions alimentaires doivent indiquer qu'ils connaissent les dispositions susmentionnées et veulent tout de même participer aux programmes, aux cours et aux activités qui pourraient comporter des repas et des collations.

MÉDICAMENTS

Les parents doivent informer le commandant ou l'officier responsable de tout médicament que leur enfant peut apporter et dont il pourrait avoir besoin pendant les activités prolongées. Les médicaments DOIVENT être dans le contenant d'origine, de préférence une plaquette alvéolaire, portant le nom du cadet ou de la cadette, celui du médicament et sa dose clairement indiqués. Ceux qui ont besoin d'un inhalateur ou d'un EpiPen devront les porter sur eux en tout temps dans un sac banane approprié ou autre type d'étui. Ils devraient aussi aviser le personnel de tout problème de santé qui peut avoir un effet sur la sécurité du personnel ou des autres.

Veuillez noter que lorsque votre enfant est sous la supervision des membres du corps de cadets de la Ligue navale, leur bien-être et sécurité sont fondamentaux. Dans le cas où un incident/urgence se produisait, nos membres feront tout le nécessaire pour répondre à la situation, y compris obtenir des soins médicaux.

S'il y a une condition médicale préexistante, le souscripteur d'assurance de la Ligue navale peut limiter la couverture à la suite d'un accident ou d'une blessure liée à cette condition médicale.

Si ce formulaire soulève des questions, veuillez communiquer avec le commandant du corps de cadets.



LIGUE NAVALE DU CANADA

QUESTIONNAIRE MÉDICAL POUR LES CADETS

CONFIDENTIEL UNE FOIS TERMINÉ

Section 1 – Renseignements personnels de la cadette ou du cadet					
Grade	Nom		Prénom		Deuxième prénom
Sexe <input type="checkbox"/> masc. <input type="checkbox"/> fém.	Date de naissance Jour Mois Année		Numéro du corps	Nom du corps	
Section 2 – Renseignements médicaux de la cadette ou du cadet					
No d'assurance-maladie provinciale		Date d'expiration		Dernière immunisation antitétanique Mois Année	
Section 3 - Renseignements personnels du parent ou tuteur					
1. Nom du parent ou du tuteur principal				Téléphone à la maison	
Relation avec le cadet				Cellulaire	
2. Nom d'un autre parent ou tuteur				Téléphone à la maison	
Relation avec le cadet				Cellulaire	
Section 4 – Coordonnées d'une personne en cas d'urgence					
Nom de la personne-ressource en cas d'urgence (doit être autre que dans la section 3)				Téléphone à la maison	
Relation avec le cadet				Cellulaire	
Section 5 – Reconnaissance et consentement des parents					
S'il y a des restrictions dans les sections suivantes, consentez- vous à ce que le cadet/votre enfant, nommé ci-dessus participe à la formation et aux activités dans lesquelles il prendra un repas dans les conditions décrites à la page 1 sous la rubrique « Cadets et allergies alimentaires » ?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets, exacts et valides pour autant que je sache. Je reconnais que je dois aviser le commandant du corps de cadets de la Ligue navale sans tarder si un renseignement devient incomplet, inexact ou invalide à cause d'un changement dans l'état du cadet en question.					
Signature du parent ou tuteur <i>x</i>				Date	

CONFIDENTIEL UNE FOIS TERMINÉ



LIGUE NAVALE DU CANADA

QUESTIONNAIRE MÉDICAL POUR LES CADETS

CONFIDENTIEL UNE FOIS TERMINÉ

Appendice A

Partie 1 – Conditions médicales

Les renseignements suivants sont nécessaires pour aider le corps de cadets de la Ligue navale à déterminer les capacités du cadet (cadette) nommé ci-dessus à participer à certains aspects du programme d'instruction, entre autres marche militaire sur surface dure, nager ou faire d'autres activités physiquement exigeantes. Ces renseignements seront utiles aussi pour alerter l'état-major du corps de tout problème médical ou physique possible qui pourrait exiger de l'attention lorsque le cadet (cadette) reçoit de l'instruction.

Veuillez indiquer « **OUI** » ou « **NON** » pour chaque question telle qu'elle s'applique au cadet ou à la cadette concernant ses antécédents médicaux.

	OUI	NON		OUI	NON
Troubles nerveux ou problèmes de santé mentale			Affections cutanées nécessitant un traitement		
Anxiété / TDA / TDAH			Problèmes de nez, gorge, yeux, oreilles		
Trouble d'apprentissage (ex. dyslexie)			Problèmes de vision ou daltonisme		
Problèmes cardiaques, maladie, défaut			Hernie		
Problèmes respiratoires, essoufflement			Perte ou trouble de l'audition		
Asthme, bronchite, pneumonie			Rhumatisme ou arthrite		
Blessure à la tête, commotion cérébrale ou accident vasculaire cérébral			Douleur au dos, au cou ou aux articulations		
Convulsions			Problème de pieds		
Étourdissements, évanouissements ou maux de tête			Fractures des os (passé ou actuel)		
Diabète			Chirurgies antérieures (précisez)		
Allergies (précisez/réaction/traitement)			Troubles de la parole (bégaiement, etc.)		
Problèmes gastriques, intestinaux ou rectaux			Mal des transports		
Troubles rénaux, vésicaux ou incontinence			Problèmes de menstruation		
Lentilles/verres correcteurs (Lunettes/contacts)			Toutes autres maladies, affections, problèmes non répertoriés		

Partie 2 – Questions médicales

Si vous avez coché « **OUI** » à un des éléments ci-dessus, donnez les renseignements qui vous semblent pertinents.

Veuillez décrire toutes les allergies (médicaments/aliments/environnementaux, y compris les piqûres d'insectes/d'abeilles), les réactions/symptômes et les traitements pour les réactions. Faire une liste.

Décrivez les restrictions alimentaires.

Veuillez énumérer toutes les restrictions alimentaires religieuses ou culturelles.

Décrivez les maladies, blessures ou incapacités non mentionnées ci-dessus.

CONFIDENTIEL UNE FOIS TERMINÉ



LIGUE NAVALE DU CANADA

QUESTIONNAIRE MÉDICAL POUR LES CADETS

CONFIDENTIEL UNE FOIS TERMINÉ

Appendice B			
Médication actuelle (Nécessaire pour les activités avec nuitée (s) seulement)			
Nom du médicament		Posologie	
Fréquence (cocher une seule case)	Pris (cocher une seule case)	Moments où le médicament est pris (cocher toutes les cases applicables)	
<input type="checkbox"/> Tous les jours	<input type="checkbox"/> Avec des aliments	<input type="checkbox"/> Déjeuner	<input type="checkbox"/> Au coucher
<input type="checkbox"/> Une fois par semaine	<input type="checkbox"/> Sans aliments	<input type="checkbox"/> Dîner	<input type="checkbox"/> Au lever
<input type="checkbox"/> Seulement au besoin		<input type="checkbox"/> Souper	<input type="checkbox"/> Au besoin
Instructions spéciales			
Nom du médicament		Posologie	
Fréquence (cocher une seule case)	Pris (cocher une seule case)	Moments où le médicament est pris (cocher toutes les cases applicables)	
<input type="checkbox"/> Tous les jours	<input type="checkbox"/> Avec des aliments	<input type="checkbox"/> Déjeuner	<input type="checkbox"/> Au coucher
<input type="checkbox"/> Une fois par semaine	<input type="checkbox"/> Sans aliments	<input type="checkbox"/> Dîner	<input type="checkbox"/> Au lever
<input type="checkbox"/> Seulement au besoin		<input type="checkbox"/> Souper	<input type="checkbox"/> Au besoin
Instructions spéciales			
Nom du médicament		Posologie	
Fréquence (cocher une seule case)	Pris (cocher une seule case)	Moments où le médicament est pris (cocher toutes les cases applicables)	
<input type="checkbox"/> Tous les jours	<input type="checkbox"/> Avec des aliments	<input type="checkbox"/> Déjeuner	<input type="checkbox"/> Au coucher
<input type="checkbox"/> Une fois par semaine	<input type="checkbox"/> Sans aliments	<input type="checkbox"/> Dîner	<input type="checkbox"/> Au lever
<input type="checkbox"/> Seulement au besoin		<input type="checkbox"/> Souper	<input type="checkbox"/> Au besoin
Instructions spéciales			
Nom du médicament		Posologie	
Fréquence (cocher une seule case)	Pris (cocher une seule case)	Moments où le médicament est pris (cocher toutes les cases applicables)	
<input type="checkbox"/> Tous les jours	<input type="checkbox"/> Avec des aliments	<input type="checkbox"/> Déjeuner	<input type="checkbox"/> Au coucher
<input type="checkbox"/> Une fois par semaine	<input type="checkbox"/> Sans aliments	<input type="checkbox"/> Dîner	<input type="checkbox"/> Au lever
<input type="checkbox"/> Seulement au besoin		<input type="checkbox"/> Souper	<input type="checkbox"/> Au besoin
Instructions spéciales			

CONFIDENTIEL UNE FOIS TERMINÉ



LIGUE NAVALE DU CANADA
QUESTIONNAIRE MÉDICAL POUR LES CADETS

CONFIDENTIEL UNE FOIS TERMINÉ

Appendice C - Médicaments sans ordonnance (requis pour les activités avec nuitée(s) seulement)				
<p>Au jour le jour, un cadet peut avoir besoin d'un ou plusieurs des MÉDICAMENTS SANS ORDONNANCE suivants qui lui seront donnés par l'officier responsable. Les médicaments doivent être fournis par le parent/tuteur pour une journée/nuit normale de cadet. Veuillez indiquer lesquels des médicaments suivants vous autorisez lors d'une activité prolongée.</p>				
		Administer		NE PAS ADMINISTER
		Dose pour enfant	Dose pour adulte	
CONTRE LA DOULEUR	Acétaminophène (Tylenol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Advil (ibuprofène)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTRE LA MAL DE COEUR	Gravol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pepto Bismol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAL DE GORGE	Pastilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONGESTION DES SINUS	Allegra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Benadryl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Claritin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÉRUPTIONS OU PIQÛRES	Lotion de calamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Afterbite® (soulagement rapide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Polysporin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRE (fournis par le parent ou tuteur)				

CONFIDENTIEL UNE FOIS TERMINÉ