

ALLERGIES

Eczéma Urticaire Asthme
 Fièvre des foins Piqûres d'abeille Autre

Aux médicaments (spécifier, ex.: pénicilline, "aspirine", etc.)

Aux produits chimiques (spécifier)

À la nourriture (spécifier)

Autres (spécifier) : _____

VACCINATIONS (date)

_____ DCT (diphtérie, coqueluche, tétanos)	_____ Rougeole
_____ Poliomyélite	_____ Rubéole
_____ BCG (tuberculose)	_____ Oreillons
_____ Anti-variolique	_____ Autres (spécifier)

Avez-vous déjà eu un accident? Oui Non Avez-vous déjà subi une opération? Oui Non
 Avez-vous déjà été hospitalisé? Oui Non Nom de l'hôpital: _____

raisons _____ année _____

ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL → Souffrez-vous de... ?

Sinusite <input type="checkbox"/>	Perte de conscience <input type="checkbox"/>	Arthrite ou rhumatisme <input type="checkbox"/>
Maux de tête <input type="checkbox"/>	Trouble de la vue <input type="checkbox"/>	Douleur au ventre <input type="checkbox"/>
Épilepsie <input type="checkbox"/>	Myopie (port de lunettes) <input type="checkbox"/>	Troubles urinaires <input type="checkbox"/>
Essoufflement <input type="checkbox"/>	Maux d'oreilles <input type="checkbox"/>	Troubles menstruels <input type="checkbox"/>
Cauchemars <input type="checkbox"/>	Maux de gorge (amygdalite) <input type="checkbox"/>	Pertes vaginales anormales <input type="checkbox"/>
Indigestion <input type="checkbox"/>	Douleur à la poitrine <input type="checkbox"/>	Maladie de la peau <input type="checkbox"/>
Constipation <input type="checkbox"/>	Toux et crachats <input type="checkbox"/>	Fatigue inhabituelle <input type="checkbox"/>
Diarrhée <input type="checkbox"/>	Étourdissement <input type="checkbox"/>	Troubles de l'appétit <input type="checkbox"/>
Somnambulisme <input type="checkbox"/>		

Remarques: _____

Date du dernier examen dentaire: _____

Indiquez le nom et la posologie de tout médicament à prendre lors des activités scouts: _____

MENSTRUATION

Menstruée? Oui Non Médicaments pendant cette période? Oui Non
 Suffisamment renseignée? Oui Non Si oui, lesquels? _____

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (indiquer père, mère, frère, sœur, oncle, tante, grands-parents)

Allergie _____	Épilepsie _____
Cancer _____	Maladie cardiaque _____
Diabète _____	Troubles mentaux _____
	Tuberculose _____

Signature: _____ Date : _____
 (si moins de 18 ans, parent ou tuteur)