

MINI-ÉCOLE DE MÉDECINE PRINTEMPS 2019

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom et prénom du candidat : _____

Communauté : _____ Niveau de scolarité : 3^e 4^e 5^e secondaire

Sexe : Masculin Féminin Âge : _____ Date de naissance : _____
AAAA / MM / JJ

Numéro d'assurance maladie : _____ Expiration : / /

Adresse électronique du candidat : _____

Établissement scolaire : _____

NOMS DES PARENTS (TUTEURS), ADRESSE, DATES DE NAISSANCE ET NUMÉROS DE TÉLÉPHONE

1) _____ Date de naissance : _____ maison : _____ travail : _____

2) _____ Date de naissance : _____ maison : _____ travail : _____

3) Adresse principale : _____

Coordonnées de deux personnes, autres que les parents ou tuteurs, à joindre en cas d'urgence.

Nom complet :	Nom complet :
Téléphone résidence :	Téléphone résidence :
Téléphone travail :	Téléphone travail :
Téléphone cellulaire :	Téléphone cellulaire :
Lien avec la famille :	Lien avec la famille :

Antécédents médicaux

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? OUI NON

Si OUI, veuillez spécifier la date et la nature de la chirurgie :

Votre enfant a-t-il déjà subi des blessures graves? OUI NON

Si OUI, veuillez les décrire :

Votre enfant a-t-il des maladies chroniques et récurrentes? OUI NON

Si OUI, veuillez les décrire :

Votre enfant souffre-t-il : A-t-il des réserves pour la pratique de certaines activités ?

D'asthme? OUI NON OUI NON Si OUI, décrivez-les :

D'hernies? OUI NON _____

D'épilepsie? OUI NON _____

De diabète? OUI NON _____

Autres : _____

Précisez : _____

Allergies alimentaires OUI NON Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose

Allergies aux arachides OUI NON d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en fonction de ses

Fièvre des foins OUI NON allergies?

Autres médicaments OUI NON

Autres allergies ou médicaments : _____ Si OUI, votre enfant est-il autorisé à conserver et à

administre ce médicament et selon quelle posologie?

Posologie : _____

Allergies

Important : Votre enfant a-t-il certains problèmes de comportement que l'organisation devrait connaître afin de lui attribuer les services adéquats?

Si OUI, lesquels :

Commentaires et autres particularités médicales

AUTORISATION DES PARENTS

En signant la présente, j'autorise la direction du Centre des Premières Nations Nikanite à prodiguer tous les premiers soins infirmiers nécessaires et je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire si besoin.

J'autorise également le Centre des Premières Nations Nikanite de l'UQAC à utiliser, à reproduire, à publier, à transmettre, à diffuser et à afficher les photos et autres enregistrements audiovisuels pour promouvoir et présenter la Mini-école de médecine dans les différents documents de promotion de la Mini-école de médecine pour les années futures. L'utilisation de ces images et vidéos est à des fins d'utilisation informationnelle ou promotionnelle par le Centre des Premières Nations Nikanite, qu'il s'agisse de dépliants, brochures, DVD promotionnels, affiches, site Internet ou tout autre matériel similaire.

Nom, prénom et lien du parent ou du tuteur : _____

Signature du parent ou du tuteur : _____ **Date :** _____