Attestation de bonne forme

1. L'information figurant sur le présent formulaire peut être utilisée par les représentantes des Guides du Canada ou le personnel médical afin de fournir ou d'autoriser que soient fournis à la participante l'attention et les soins médicaux appropriés, au besoin.
2. Il est recommandé de faire remplir et signer une Attestation de bonne forme par un médecin si, dans le mois précédent la date de l'activité, la participante a été traitée par un médecin pour une maladie ou une blessure ayant un effet sur sa participation (p. ex. : fracture, diagnostic récent de diabète, méningite, opération, pneumonie, etc.).

PARTIE A. À remplir par la responsable :

Nom de la participante : _____

Activité : _____ Date(s) de l'activité : _____

Capacités physiques requises pour l'activité :

_____

PARTIE B. À remplir par le médecin :

Veuillez évaluer la capacité de participation à l'activité de la participante en répondant aux questions suivantes :

Oui	Non	Question
☐	☐	Est-ce que fournir les soins standard appropriés pour traiter la maladie, la blessure ou le problème de santé durant l'activité peut comporter des risques pour la santé? (Dans l'affirmative, décrire ces soins en détail ci-dessous.)
☐	☐	Est-ce que la maladie, la blessure ou le problème de santé limite la capacité de la participante à prendre part à l'activité en toute sécurité?
☐	☐	Est-ce que la maladie, la blessure ou le problème de santé peut nuire à la santé ou à la sécurité des autres participantes?
☐	☐	Est-ce qu'une hospitalisation ou un traitement professionnel continu peut être requis durant l'activité?

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions précédentes, remplissez le reste de la formule.

Nature de la maladie ou blessure : _____

_____

_____

Quand est-elle survenue? _____

Traitement continu : _____

_____

_____

_____

_____

_____

Problèmes possibles dont les adultes assurant la supervision doivent être avisées : _____

_____

_____

_____

J'ai examiné la patiente dont le nom figure ci-dessus et je crois qu'elle est en mesure de participer entièrement et en toute sécurité à l'activité, selon ses capacités et avec une assistance physique minimale. Je confirme aussi que le traitement continu décrit ci-dessus est exact.

_____ _____

Signature du médecin Date de signature

_____ _____

Nom du médecin (en majuscules) Numéro de téléphone

Nous protégeons et respectons vos renseignements personnels. Ces renseignements ne sont utilisés qu'aux fins énoncées sur le formulaire ou visées par celui-ci. Pour plus d'information, consultez notre énoncé sur la confidentialité à www.girlguides.ca ou communiquez avec votre bureau provincial ou le Bureau national pour obtenir un exemplaire de l'énoncé.

PARTIE C. Consentement

À remplir par le parent (tuteur)

Je comprends qu'on s'attend à ce que mon enfant (ma pupille) participe entièrement et de façon sécuritaire au programme, au meilleur de ses capacités et avec une assistance physique minimale. Je comprends de plus que si la première responsable, en consultation avec d'autres responsables, juge que la participation de mon enfant (ma pupille) a mis ou met en danger sa propre sécurité ou celle d'autres personnes du groupe, je serai consulté et devrai assumer la responsabilité de son transport à la maison à mes frais.

_____ _____
Signature du parent ayant la garde (tuteur) (si la participante est mineure) Date de signature

_____
Lien avec l'enfant (la pupille)

OU

À remplir par la participante si celle-ci à l'âge de la majorité fixé par la province

Je comprends qu'on s'attend à ce que je participe entièrement et de façon sécuritaire au programme, au meilleur de mes capacités et avec une assistance physique minimale. Je comprends de plus que, si la première responsable, en consultation avec d'autres responsables et moi-même, juge que ma participation a mis ou met en danger ma propre sécurité ou celle d'autres personnes du groupe, je devrai retourner à la maison à mes propres frais.

_____ _____
Signature de la participante Date de signature

Nous protégeons et respectons vos renseignements personnels. Ces renseignements ne sont utilisés qu'aux fins énoncées sur le formulaire ou visées par celui-ci. Pour plus d'information, consultez notre énoncé sur la confidentialité à www.girlguides.ca ou communiquez avec votre bureau provincial ou le Bureau national pour obtenir un exemplaire de l'énoncé.