FICHE SANTÉ

Information relative à l'état de santé de la personne participant à une activité de mobilité internationale

IDENTIFICATION DU PROJET	
Projet :	
Date de début du projet (jour/mois/année) :	
Date de fin du projet (jour/mois/année) :	
Durée du projet (Nbre de jours) :	

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT	
Prénom et nom :	
Numéro de dossier :	
Programme de formation :	
Adresse 1:	
Ville, province :	
Code postal :	
Adresse 2 (le cas échéant):	
Ville, province :	
Code postal :	
Téléphone (domicile) :	
Téléphone (cellulaire) :	
Courriel :	
Date de naissance (jour/mois/année) :	
Numéro d'assurance maladie :	
Date d'expiration :	
Groupe sanguin	

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE	
Veuillez indiquer ici-bas les noms et coordonnées de deux personnes pouvant être jointes en tout temps en cas d'urgence, même hors de la résidence principale ou en déplacement. Vous avez la responsabilité d'aviser ces personnes de leur désignation et de l'information importante relative à votre séjour à l'étranger.	
CONTACT PRINCIPAL	
Prénom et nom :	

Ce document a été réalisé à partir de modèles développés et partagés par des cégeps. Fruit d'une collaboration entre la direction des affaires internationales, le comité de travail sur la mobilité et la direction des affaires juridiques, il peut être utilisé tel quel par les cégeps qui peuvent y apposer leurs logos. En cas de modifications, il est avisé de procéder à une vérification juridique supplémentaire et de retirer le logo de la Fédération des cégeps.

Lien avec le participant (parent, si possible) :	
Téléphone #1 :	
Téléphone #2 :	
Courriel :	
CONTACT SECONDAIRE	
Prénom et nom :	
Lien avec le participant	
Téléphone #1 :	
Téléphone #2 :	
Courriel :	

ALLERGIE(S)	
Allergie(s) connue(s)	
Souffrez-vous d'allergie(s) ?	Oui ☐ Non ☐
Précisez :	
Cette (ces) allergie(s) requière(nt)-elle(s) l'utilisation d'un auto-injecteur d'épinéphrine ?	Oui ☐ Non ☐
Précisez :	

ALIMENTATION	
Intolérance alimentaire ou contre-indication alimentaire	
Avez-vous des intolérances alimentaires ou des contre-indications alimentaires ?	Oui ☐ Non ☐
Précisez :	

SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE	
Maladie physique ou mentale connue	
Souffrez-vous de maladie(s) physiques(s) et/ou mentale(s) (incluant un trouble alimentaire ou anxieux) qui pourrait nuire à votre état de santé et/ou nécessiter des soins particuliers lors de votre séjour à l'étranger ?	Oui ☐ Non ☐
Précisez :	

LIMITATION PHYSIQUE	
Souffrez-vous d'une limitation physique qui pourrait nécessiter une adaptation particulière lors de votre séjour à l'étranger ?	Oui ☐ Non ☐
Précisez :	

AUTRE CONDITION	
Souffrez-vous d'une autre condition physique ou mentale pour laquelle vous avez obtenu des soins de santé médicaux, psychologiques ou psychosociaux dans la dernière année, pour laquelle vous pourriez avoir besoin de soins lors de votre séjour à l'étranger ou pour laquelle vous devriez faire l'objet d'une attention particulière lors de votre séjour à l'étranger ?	Oui ☐ Non ☐
Précisez :	

DÉPENDANCE	
Souffrez-vous d'une dépendance pour laquelle vous avez obtenu des soins de santé médicaux, psychologiques ou psychosociaux dans la dernière année et/ou pour laquelle vous pourriez avoir besoin d'obtenir des soins de santé médicaux, psychologiques ou psychosociaux ou une attention particulière lors de votre séjour à l'étranger ?	Oui ☐ Non ☐
Précisez :	

PHOBIE	
Souffrez-vous d'une phobie qui pourrait affecter votre séjour à l'étranger ?	Oui ☐ Non ☐
Précisez :	

HOSPITALISATION	
Avez-vous subi une opération ou été hospitalisé au cours de la dernière année ?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, et si un suivi médical se poursuit et/ou si cette hospitalisation/opération est due à une cause qui pourrait se matérialiser à nouveau	
Précisez :	

MÉDICATION OU INTERVENTIONS REQUISES	
Prenez-vous des médicaments dont vous aurez raisonnablement besoin lors de votre séjour à l'étranger ?	Oui ☐ Non ☐
Précisez (nom, diagnostic lié et posologie) :	

VACCINATION	
Si applicable, veuillez indiquer le(s) vaccin(s) que vous avez reçu(s) en lien avec votre prochain séjour à l'étranger (ex. hépatite A, hépatite B ou autres) :	
Précisez :	

DÉCLARATION

Je soussigné(e), _____ **(nom), atteste** que l'information fournie dans la présente fiche est, à ma connaissance, véridique, exacte et complète. Je comprends qu'une attestation fausse, trompeuse ou incomplète aura pour conséquence de poser un risque pour ma santé et/ou celle d'autrui.

☐ **Je reconnais** que je dois être couvert par une assurance médico-hospitalière complète (incluant le rapatriement), applicable en cas d'accident ou d'incident, pour toute la durée de mon séjour à l'étranger. La responsabilité de souscrire à une telle assurance est mienne, sauf exception si le Collège assume cette responsabilité. Le cas échéant, l'assurance à laquelle j'ai souscrit est la suivante :

Nom de l'assureur :

Numéro de police :

☐ **Je comprends** que l'information fournie dans la présente fiche sur une base volontaire sera traitée de façon confidentielle.

☐ **Je reconnais** qu'afin d'assurer ma santé et ma sécurité, cette information sera communiquée à des personnes susceptibles de me porter secours, au besoin, lors de mon séjour à l'étranger.

☐ **Je m'engage** à contacter la personne responsable de l'activité de mobilité internationale en cas de changement relatif à mon état de santé.

_____ _____

SIGNATURE DATE

Le Collège s'engage à assurer la confidentialité des renseignements personnels fournis, conformément à ses obligations prévues à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*.