



## Exercice en forêt (survie) du 7-8-9 Octobre 2016

Cher parent(s), tuteur(es),

1. Dans le cadre du programme d'entraînement obligatoire complémentaire, les cadets et cadettes ainsi que le personnel de l'Escadron 921 l'Ancienne-Lorette prendront part à un exercice pratique de survie pour équipage de vol.
2. L'exercice se tiendra au Domaine de la Butte à St-Louis-de-Blandford les 7-8-9 octobre prochain. Pour ce faire, les cadets devront se présenter à l'escadron (Collège Champigny) vendredi le 7 Octobre 2016 à 18 h 30. Le retour est prévu pour 15h30 le dimanche 9 Octobre au Collège Champigny.
3. L'objectif général de cet exercice est de mettre en pratique les rudiments de base de la survie.
4. Vous trouverez en pièce jointe une liste de matériel ainsi qu'une feuille d'autorisation et de limitations à remplir pour cette activité. Chaque cadet devra avoir en sa possession ce coupon à l'arrivée à l'escadron.
5. Veuillez prendre note que si votre enfant prend des médicaments qui lui sont prescrits, ceux-ci devront être remis à l'officier désigné. La médication sera remise selon l'ordonnance médicale.
6. **IMPORTANT** : Les cadets devront avoir en leur possession, leur carte d'assurance maladie et leur feuille d'autorisation et de limitations/médications en annexe à l'arrivée à l'escadron. Ceci est leur passeport pour la fin de semaine.
7. En cas d'urgence, vous pourrez nous rejoindre en tout temps au : 418-932-4811 (Cellulaire du Capt Blouin).
5. Pour toutes questions, vous pouvez communiquer avec le Coordonnateur  
Capt Alexandre Raymond au (581) 999-6701

**Capt Caroline Blouin**  
**Commandant**

## Liste de matériel individuel du cadet

Les cadets devront avoir ce matériel pour profiter pleinement de l'exercice. Ce matériel est essentiel et le fait de ne pas pouvoir avoir l'équivalent ferait en sorte que le cadet ne pourra participer à l'exercice. Prendre note que le sac de couchage et le matelas de sol seront fournis par l'escadron.

<u>COCHER SI PRÉSENT</u>	<b>LISTE D'ÉQUIPEMENT INDIVIDUEL OBLIGATOIRE</b>
	1- CARTE ASSURANCE MALADIE <b>**OBLIGATOIRE**</b>
INTERDIT	2- SAC DE COUCHAGE PERSONNEL <b>INTERDIT</b>
INTERDIT	3- MATELAS DE SOL PERSONNEL <b>INTERDIT</b>
	4- IMPERMÉABLE
	5- BOTTES DE MARCHE
	5- ESPADRILLES
	7- 3 PAIRES DE BAS (COTON OU AUTRE)
	8- 3 PAIRES BAS DE LAINES
	9- 2 PANTALON (JOGGING OU AUTRE— <b>PAS DE JEANS</b> )
	10- COMBINE
	11- 3 T-SHIRTS
	12- 2 CHANDAILS CHAUDS (DE LAINE OU COTON OUATÉ)
	13- 3 À 4 SOUS-VÊTEMENTS
	14- 2 PAIRE DE GANT OU MITAINE
	15- UNE TUQUE ET CACHE-COU
	16- NÉCESSAIRE DE TOILETTE (savon, brosse à dent, etc...)
	17- SERVIETTE ET DÉBARBOUILLETTE (FACULTAIF)
	18- <b>**FILLES (SI NÉCESSAIRE) SERVIETTES SANITAIRES</b>

### **ÉQUIPEMENT OPTIONNEL:**

- 1- LAMPE DE POCHE
- 2- COUTEAU DE POCHE avec cran de sécurité (Niveau 3 et plus)
- 3- LUNETTE DE SOLEIL
- 4- GOURDE

**L'ESCADRON N'EST PAS RESPONSABLE EN CAS DE PERTE OU DE VOL D'OBJETS.**

### **INTERDITS :**

**-NOURRITURE, MONTRE, ALCOOL, DROGUES, GADGET ÉLECTRONIQUE.**

### Formulaire d'allergies et/ou intolérances alimentaire

Cher parent(s), tuteur(es),

1. Le présent document s'adresse à vous si vous avez un jeune ayant des allergies alimentaires et/ou des intolérances et qui participeras à l'activité de survie du 7-8-9 octobre 2016.
2. Ce document nous aidera à planifier des repas adapté à leur situation afin d'éviter qu'il soit en contact avec les aliments allergènes concernés. Il évitera également de restreindre le choix alimentaire du cadet lors de la prise des repas.
3. Il est important que celui-ci soit rempli par un adulte responsable du jeune en question afin que le document soit bien rempli et qu'il puisse bien remplir sa tâche.
4. La gestion de ce document sera supervisée par l'officier d'alimentation et l'officier de sécurité durant l'exercice.
5. Les cadets devront remettre le présent document au moins une semaine avant la date prévus de l'exercice à l'officier d'alimentation.
6. Les cadets ayant besoins d'épinéphrine en cas de contact avec un allergène devront le garder sur eux tout au long de l'exercice.

Mon enfant \_\_\_\_\_

(Nom du Cadet en Lettre Moulé)

a été diagnostiqué comme ayant des allergies et/ou intolérances alimentaires aux aliments suivants ;



Médication	Intolérance	Allergie	Aliment concerné
Épipen et Bénadril (Exemple)		X	Noix et amandes

Informations supplémentaires (si nécessaire): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PROTÉGÉ A**

## SOINS MÉDICAUX

L'escadron 921 apportera des médicaments délivrés sans ordonnance pour l'exercice aventurier. Ceux-ci pourraient être administrés le cas échéant, si les parents ou tuteurs y consentent. Seul (le commandant/l'officier responsable/le médecin/l'infirmière/Le secouriste) (pourra/pourront) administrer ces médicaments. La posologie indiquée sur l'étiquette des médicaments sera respectée. Sur le formulaire de consentement ci-dessous, les parents et tuteurs doivent inscrire leurs initiales pour déclarer s'ils consentent ou non à ce que certains médicaments soient administrés à leur enfant ou leur pupille pendant l'exercice aventurier.

**Comprimés TYLÉNOL de 325 mg** pour soulager la douleur et la fièvre. Seront administrés

Selon la posologie sur l'étiquette.

Je consens : \_\_\_\_\_ Je ne consens pas : \_\_\_\_\_ (Apposez vos initiales)

**Comprimés D'IBUPROPHEN (Advil)** pour soulager la douleur, les crampes musculaires et la fièvre. Seront administrés selon la posologie sur l'étiquette.

Je consens : \_\_\_\_\_ Je ne consens pas : \_\_\_\_\_ (Apposez vos initiales)

**Comprimés de GRAVOL de 50 mg** pour soulager les mal de transport (Autobus)

Je consens : \_\_\_\_\_ Je ne consens pas : \_\_\_\_\_ (Apposez vos initiales)

**DIPHÉNHYDRAMINE (BÉNADRYL)** pour les symptômes d'allergies, le mal des transports et les morsures et piqûres d'insectes. Sera administrés selon la posologie sur l'étiquette.

Je consens : \_\_\_\_\_ Je ne consens pas : \_\_\_\_\_ (Apposez vos initiales)

**Sirop ROBITUSSIN DM** pour soulager la toux. Sera administrés selon la posologie sur l'étiquette.

Je consens : \_\_\_\_\_ Je ne consens pas : \_\_\_\_\_ (Apposez vos initiales)

**PROTÉGÉ A**

Off d'instr  
18 Septembre 2016

## **Autorisation Parentale**

Autorisation et limitations/médications

Afin de pouvoir offrir à vos enfants le plus de sécurité possible, nous vous demandons de compléter cette section.

J'autorise \_\_\_\_\_ à participer à l'activité de survie pour \_\_\_\_\_ (nom du cadet en lettre moulée svp)

Équipage de vol de l'Escadron 921 L'Ancienne-Lorette qui aura lieu les 7-8-9 octobre Prochain.

- J'accepte la participation de mon enfant à l'activité**
- Je refuse la participation de mon enfant à l'activité

Les cadets(tes) devront avoir en leur possession toute la médication prescrite. De plus, ils devront nous remettre cette note comprenant les restrictions fonctionnelles qui peuvent l'empêcher de prendre part à des exercices exténuants et difficiles physiquement.

- Mon enfant n'a aucune limitation.
  - Mon enfant ne peut faire .... (Spécifiez s.v.p.)
- 

- Mon enfant ne prend aucune médication.
- Mon enfant doit prendre des médicaments et ce \_\_\_\_ fois par jour.

De plus, il (elle) est allergique à certains médicaments, (précisez).

---

Signature des  
Parents : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Téléphone durant la fin de semaine : \_\_\_\_\_

**N.B. LES CADETS DEVRONT AVOIR EN LEUR POSSESSION CETTE SECTION, DUMENT REMPLIE, LORS DU DÉPART.**

**PROTÉGÉ A**