



Exercice Groupe de survie du 28-29-30 Avril 2017

Cher parent(s), tuteur(es),

1. Pour couronner les efforts fournis des cadets tout au long de l'année, les cadets et cadettes ainsi que le personnel de l'Escadron 921 l'Ancienne-Lorette prendront part à un exercice pratique pour le groupe de survie.
2. L'exercice se tiendra à Saint-Onésime-d'Ixworth, les 28-29-30 Avril prochain. Pour ce faire, les cadets devront se présenter au collège Champigny vendredi 28 avril pour 18H30. Le retour est prévu pour 15h00 environ le dimanche 30 avril à la Caserne (Locaux de l'escadron).
3. L'objectif général de cet exercice est de mettre en pratique les rudiments pratique et théorique appris tout au long de l'année.
4. Vous trouverez en pièce jointe une liste de matériel limité ainsi qu'une feuille d'autorisation et de limitations à remplir pour cette activité. Chaque cadet devra avoir en sa possession 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 parental. Ceci est leur passeport pour la fin de semaine.
7. En cas d'urgence, vous pourrez nous rejoindre en tout temps au 581-999-6701 (Cell Capt Raymond).
7. Le Cpl Thellen agira à titre de personnel accompagnateur pour la fds.
8. Pour toutes questions, vous pouvez communiquer avec le Capt Raymond responsable de l'activité.
9. Prendre note que les repas seront fournis par l'escadron.

Capt Alexandre Raymond

Officier Responsable

Groupe de Survie

581-999-6701

O Instr
26 Mars 2017

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.

LISTE D'ÉQUIPEMENT INDIVIDUEL OBLIGATOIRE	COCHER SI PRÉSENT
1- CARTE ASSURANCE MALADIE **<u>OBLIGATOIRE</u>**	
2- SAC DE COUCHAGE	
3 TAPIS DE SOL (Facultatif)	
4 MANTEAU SELON LA TEMPÉRATURE	
5- BOTTES CHAUDES ET IMPERMÉABLES	
6- GANTS OU MITAINE (SELON LA TEMPÉRATURE)	
7- UNE TUQUE (SELON LA TEMPÉRATURE)	
8- UN KIT DE VÊTEMENT DE RECHANGE (PANTALON, GILET....	
9- BAS ET BAS DE LAINE DE RECHANGE	
10- NÉCESSAIRE DE TOILETTE (À VOTRE GUISE)	
11- *** FILLE (SI NÉCESSAIRE) SERVIETTES SANITAIRES ***	
12- GOURDE	
13- SIFFLET	
14- LA TENUE DE CHAMP (COMBAT) VERT OLIVE EST AUTORISÉE POUR L'ACTIVITÉ	

ÉQUIPEMENT OPTIONNEL:

- 1- LAMPE DE POCHE
- 2- COUTEAU DE POCHE **avec cran de sécurité**
- 3- LUNETTE DE SOLEIL

INTERDITS :

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

O Instr
26 Mars 2017

PROTÉGÉ A

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 du groupe de survie pour _____ (nom du cadet en lettre moulée svp) de l'Escadron 921 Optimiste L'Ancienne-Lorette qui aura lieu les 28-29-30 Avril 2017.

- 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 du parent : _____

Date : ____/____/____ **Téléphone durant la fin de semaine :** _____

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

PROTÉGÉ A

Off Instr
26 Mars 2017

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 28-29-30 Avril 2017
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