

## Exercice en forêt du 4 au 6 octobre 2019

Cher parent(s), tuteur(es)

1. Dans le cadre du programme d'entraînement obligatoire et complémentaire, les cadets et cadettes ainsi que le personnel des unités du 267, du 921 et du 2846, prendront part à un exercice pratique de survie.
2. L'exercice se tiendra au Chalet Bourg-Louis, à Saint-Raymond les 4, 5 et 6 octobre prochain. Pour ce faire, **les cadets devront se présenter à l'École des Hauts- Clochers**, vendredi le 4 octobre à 18 h 20. Le retour est prévu pour 15h30 le dimanche 6 octobre.
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 document à l'arrivée au lieu de rassemblement.
5. Veuillez prendre note que si votre enfant prend des médicaments qui lui sont prescrits, ceux-ci devront être remis à l'officier désigné de votre unité. 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 (annexe D/2 et D/3) 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 Capitaine Caroline Blouin).

**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 pour tous les cadets.

| <u>COCHER SI PRÉSENT</u> | <b>LISTE D'ÉQUIPEMENT INDIVIDUEL OBLIGATOIRE</b>      |
|--------------------------|-------------------------------------------------------|
|                          | CARTE ASSURANCE MALADIE <b>**OBLIGATOIRE**</b>        |
|                          | MANTEAU CHAUD                                         |
|                          | BOTTES DE PLUIE / SOULIER CHAUD ET IMPERMÉABLE        |
|                          | 4 PAIRES DE BAS (COTON OU AUTRE)                      |
|                          | 4 PAIRES DE BAS DE LAINE                              |
|                          | TUQUE, CACHE-COU OU FOULARD                           |
|                          | 3 PANTALONS (JOGGING OU AUTRE— <b>PAS DE JEANS</b> )  |
|                          | COMBINES ET DES SOUS VÊTEMENTS                        |
|                          | 5 T-SHIRTS                                            |
|                          | 2 CHANDAILS CHAUDS (DE LAINE OU COTON OUATÉ)          |
|                          | LAMPE DE POCHE                                        |
|                          | 2 PAIRES DE GANT OU MITAINE                           |
|                          | GOURDE D'EAU                                          |
|                          | NÉCESSAIRE DE TOILETTE (savon, brosse à dents, etc.)  |
|                          | SERVIETTE ET DÉBARBOUILLETTE (UNE CHAQUE)             |
|                          | <b>**FILLES (SI NÉCESSAIRE) SERVIETTES SANITAIRES</b> |

**ÉQUIPEMENT OPTIONNEL:**

- 1- COUTEAU DE POCHE avec cran de sécurité (Niveau 3 et plus)
- 2- LUNETTE DE SOLEIL
- 3- UNIFORME DE COMBAT COULEUR OLIVE SEULEMENT (le CADPAT n'est pas autorisé pour les cadets)

**Les unités ne sont pas responsables en cas de perte ou de vol d'objets.**

**INTERDITS :** -NOURRITURE, MONTRE, ALCOOL, DROGUES, APPAREIL ÉLECTRONIQUE.

## Formulaire d'allergies et/ou intolérances alimentaires

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 participe à l'activité de survie.
2. Ce document nous aidera à planifier des repas adaptés 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 prévue de l'exercice à l'officier d'alimentation.
6. Les cadets ayant besoin d'épinéphrine en cas de contact avec un allergène devront le garder sur eux tout au long de l'exercice.

Mon enfant \_\_\_\_\_ unité: \_\_\_\_\_  
(Nom du Cadet en Lettre moulée)

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**

Nous apporterons 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 maux 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 administré selon la posologie sur l'étiquette.

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

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

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

**PROTÉGÉ A**

**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  
(nom du cadet en lettre moulée svp)

survie en forêt qui aura lieu les 4, 5 et 6 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, DÛMENT REMPLIE, LORS DU DÉPART.**

**PROTÉGÉ A**