



Creating a Better World  
Créer un monde meilleur



Dear Participant,

Attached is the Physical Fitness Certificate/Consent Form which you are required to hand in at the on site registration when arriving at Camp Samac next August. Please ensure that the following instructions are adhered to otherwise you will **NOT** be able to complete the on site registration process and attend the Jamboree:

1. The Physical Fitness Certificate/Consent Form must be completed in its entirety.
2. Forms must be completed and dated **no earlier than July 1<sup>st</sup> 2009**.
3. For **Unit Participants**, three (3) copies of the form must be produced (original copy for CCJam Registration Staff, one copy for the Unit Leaders, one copy retained by participant).
4. For **Offer Of Service/YLT** registrants, two (2) copies are required, the original copy is for CCJam Registration Staff, and one to be carried on your person at all times.
5. Unit Leaders are required to carry the Physical Fitness Certificate/Consent Forms for all members of their unit (including the adults) at all times and be able to produce them on demand.
6. It is required that the Unit Leader confirm with all Unit members that there are no last minute changes to the Physical Fitness Certificate/Consent Form prior to leaving to attend the Jamboree.
7. The Unit Leader must also confirm that the Emergency Contact Individual will in fact be able to be contacted during the Jamboree.

We look forward to seeing you at CCJam'09, preferably as a visitor rather than as a patient. Should you require help, a fully completed, current Physical Fitness Certificate/Consent Form will assist us in expediting your treatment.

Yours in Scouting,

Andre Robichaud,  
Manager, Field Hospital Services,  
CCJam'09,  
Scouts Canada.

One World, One Promise  Un monde une promesse

Scouts Canada, White Pine Council.  
1711 Simcoe Street North, Oshawa, ON. L1J 4Y1 (905) 571-1346  
[www.whitepine.scouts.ca](http://www.whitepine.scouts.ca)



# Scouts Canada – CCJam'09

## Physical Fitness Certificate/Consent Form

Surname: \_\_\_\_\_ Given Name: \_\_\_\_\_ Unit #: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  Male  Female

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_ Home Phone #: \_\_\_\_\_

Physician's Name: \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_ Scout Group Name: \_\_\_\_\_

\*Provincial Medical Plan: \_\_\_\_\_ Insurance Coverage Held: \_\_\_\_\_

Emergency Contact Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

**Does the applicant have any allergies? Yes  No  If yes, please indicate below.**

Medicine  Insect Bites  Toxins  Food  Smoke  Plants  Animals  Other

Details: \_\_\_\_\_

**Has had, please check (x)**

Appendicitis  Mumps  Chicken Pox  Measles  Kidney disease

Rheumatic Fever  Scarlet Fever  Heart condition  Other

**Is subject to any of the following, check (x) and give details:**

Asthma  Contact Lenses  Headaches  Fainting spells  Bleeding disorders  HIV

Ear problems  Diabetes  Hernia  Back problems  Motion sickness  Cramps

Convulsions  Sleepwalking  Nightmares  Bed wetting  Other \_\_\_\_\_

Details: \_\_\_\_\_

**Does the participant require special care, medication or diet?  Yes  No**

Details: \_\_\_\_\_

**Date of most recent physical examination (Month and Year):** \_\_\_\_\_

**Date of last tetanus shot (Month and Year):** \_\_\_\_\_

**Swimming abilities:**  Non-Swimmer  Swimmer (Highest Level Achieved): \_\_\_\_\_

**If female, has youth participant menstruated? Y  N  If no, has she had menstruation explained to her? Y  N**

**Has it ever been necessary to restrict the applicant's activities for medical reasons?  Yes  No**

Details: \_\_\_\_\_

### EMERGENCY PROCEDURES

**Residents of all Provinces/Territories except Quebec:**

Experience has shown that in connection with scouting activities there are times when illness or accident may occur and immediate surgical or medical attention is necessary. This is my permission for the Leader in charge, or designate, to make arrangements for qualified surgical or medical attention for my child/ward in the event of an emergency without necessity of my prior approval. I understand that I will be notified by the quickest means possible if this authority is exercised.

**Residents of Quebec:**

Experience has shown that in connection with scouting activities there are times when illness or accident may occur and immediate surgical or medical attention is necessary. In the event of an emergency in which my child's life is in danger of his/her integrity is threatened, and I cannot be reached to provide consent, I agree that care may be provided to my child without my consent, as contemplated in paragraph 1 of article 13 of the *Civil Code of Quebec*. I understand that I will be notified by the quickest means possible if this authority is exercised.

**CONSENT TO PARTICIPATE if under 18 years of age:** I understand that participation in Scouts Canada is voluntary, and involves a certain degree of risk when participating in some Scouting activities. After carefully considering the risks involved, and having full confidence that reasonable precautions will be taken to ensure the safety and well-being of my (son/daughter/ward), I grant permission for my child/ward to participate fully.

Signature of Parent/Guardian (if under 18) or Attendee's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*\*Voluntary in some provinces*



## Certificat de bonne forme physique/ forme de consentement

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Numéro d'Unité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ M F

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Nom du groupe de scoutisme : \_\_\_\_\_

\*N° d'assurance maladie provinciale : \_\_\_\_\_ Couverture d'assurance détenue : \_\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**La personne désignée a-t-elle des allergies? Oui  Non  Si oui, veuillez préciser.**

- Médicaments       Piqûres d'insectes     Toxines                       Aliments       Fumée     Plantes     Animaux
- Autres

Détails : \_\_\_\_\_

**A déjà eu, veuillez cocher :**

- Appendicite                       Oreillons       Varicelle       Rougeole     Maladie du rein     Fièvre rhumatismale
- Scarlatine     Maladie du coeur     Autre

**Si les conditions suivantes s'appliquent, veuillez cocher et préciser :**

- Asthme       Verres de contact       Maux de tête     Évanouissements     Trouble hémostatique     VIH
- Problème d'oreilles     Diabète                       Hernie                       Maux de dos
- Mal des transports                       Crampes                       Convulsions                       Somnambulisme     Cauchemars
- Incontinence urinaire                       Autre

Détails : \_\_\_\_\_

**Est-ce que le participant/la participante doit recevoir des soins spéciaux, des médicaments ou suivre une diète spéciale?  Oui     Non**

Détails : \_\_\_\_\_

**Date du dernier examen médical (mois et année) : \_\_\_\_\_**

Date du dernier tétanos (mois et année) : \_\_\_\_\_

**Niveau en natation :  Ne nage pas                       nage (dernier brevet obtenu) : \_\_\_\_\_**

**La participante a-t-elle ses règles? Y  N  Si non, est-ce qu'on lui en a déjà parlé? Y  N**

**Les activités de cette personne ont-elles déjà été restreintes pour des raisons médicales?  Oui**

Non

Détails : \_\_\_\_\_

### PROCÉDURES D'URGENCE

**Résidents de toutes les provinces/territoires à l'exception du Québec :**

L'expérience a démontré qu'à tout moment pendant le déroulement d'activités de scoutisme, une maladie ou un accident nécessitant une intervention chirurgicale ou médicale immédiate peut survenir. La présente donne l'autorisation à l'animateur responsable ou désigné de prendre les mesures nécessaires pour que mon enfant puisse recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux appropriés en cas d'urgence, sans obtenir mon approbation préalable. Je comprends que je serai avisé le plus tôt possible si ce pouvoir est exercé.

**Résidents du Québec :**

L'expérience a démontré qu'à tout moment pendant le déroulement d'activités de scoutisme, une maladie ou un accident nécessitant une intervention chirurgicale ou médicale immédiate peut survenir. Dans l'éventualité d'une urgence où la vie de mon enfant serait en danger ou que son intégrité serait menacée et qu'on serait dans l'impossibilité de me joindre, je consens à ce que des soins puissent être donnés à mon enfant sans mon consentement comme le prescrit le paragraphe 1 de l'article 13 du *Code civil du Québec*. Je comprends que je serai avisé le plus tôt possible si ce pouvoir est exercé

**AUTORISATION À PARTICIPER si âgé de moins de 18 ans :** Je comprends que la participation à Scouts Canada est volontaire et implique un certain niveau de risque lors de la participation à des activités de scoutisme. Après avoir attentivement évalué les risques possibles et ayant pleinement confiance que des précautions raisonnables seront prises pour assurer la sécurité et le bien-être de mon garçon/pupille, ma fille/pupille, j'autorise mon enfant/pupille à participer pleinement.

Signé \_\_\_\_\_

Date :

Signature du parent /tuteur (si âgé de moins de 18 ans)/ Signature du participant(e)

*\*Sur une base volontaire dans certaines provinces.*