



ÉTATS-UNIS
YOUTH CONSERVATION CORPS
FORMULAIRE D'ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX



À remplir uniquement par les personnes souhaitant participer au programme Youth Conservation Corps (YCC)

REMARQUE : Ces informations sont collectées en vertu de la loi publique 93-408. Elles serviront principalement à déterminer votre admissibilité au programme Youth Conservation Corps (YCC). **Ces informations sont transmises volontairement ; cependant, l'incapacité à fournir les informations demandées peut entraîner le rejet du dossier d'inscription au programme Youth Conservation Corps.**

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DU POSTULANT / DE LA POSTULANTE

Veillez répondre aux questions suivantes concernant votre parcours, vos coordonnées et d'autres informations

Prénom : _____ Second prénom : _____ Nom : _____ Suffixe : _____

Genre : Masculin Féminin Non-binaire Auto-identification comme : _____ Préfère ne pas répondre

Date de naissance : _____ (mm/jj/aaaa) Âge : _____

Coordonnées

Rue : _____ Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

E-mail : _____ Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____

Bénéficiez-vous d'un contrat d'assurance maladie par l'intermédiaire de votre famille ou autre ?

Oui Non Si oui, indiquez le nom de l'assureur et le numéro du contrat d'assurance :

Nom du fournisseur de soins primaires : _____ Adresse : _____

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de l'un des problèmes de santé suivants ? (Marquez « X » ou cochez la case le cas échéant)

Allergies	Infections récentes ou récurrentes	Autres problèmes de santé		
-----------	------------------------------------	---------------------------	--	--

- | | | | | |
|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rhinite allergique | <input type="checkbox"/> Rhume | <input type="checkbox"/> Douleur thoracique | <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Essoufflement |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Pharyngite | <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Perte de poids | <input type="checkbox"/> Somnambulisme |
| <input type="checkbox"/> Sumac vénéneux | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Maladie de Lyme | <input type="checkbox"/> Douleurs articulaires |
| <input type="checkbox"/> Piqûres d'insectes | <input type="checkbox"/> Infection urinaire | <input type="checkbox"/> Équilibre difficile | <input type="checkbox"/> Ulcère | <input type="checkbox"/> Santé mentale |
| <input type="checkbox"/> Éruptions cutanées | <input type="checkbox"/> Infection intestinale | <input type="checkbox"/> Évanouissement | <input type="checkbox"/> Toux persistante | <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques |
| | | <input type="checkbox"/> Coagulation difficile | <input type="checkbox"/> Autre (identifier) _____ | |

Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits ?

- Oui – si oui, expliquez à la page 2
 Non

Êtes-vous allergique à un médicament en particulier ?

- Oui – si oui, expliquez à la page 2
 Non

Antécédents vaccinaux – Les postulants doivent avoir reçu une vaccination TDCap (tétanos, diphtérie, coqueluche) ou une vaccination de rappel au cours des dix dernières années pour participer au programme YCC.

Date de la vaccination TDCap ou de la dernière dose de rappel (mm/jj/aaaa) : _____

Médicaments

1. Veuillez utiliser le tableau ci-dessous pour identifier les médicaments que le postulant / la postulante prend actuellement. Inclure le nom, la posologie et toute instruction spécifique dont le personnel du programme du YCC pourrait avoir besoin pour administrer le traitement (si nécessaire).

Nom du Médicaments	Dosage	Instructions posologiques

2. Veuillez dresser la liste de tous les médicaments en vente libre que le personnel du programme YCC est autorisé à administrer si besoin (par exemple : ibuprofène) :

3. Veuillez dresser la liste de tous les médicaments auxquels vous êtes allergique :

Capacités et limitations médicales et physiques

Vous trouverez ci-dessous une liste des activités typiques et des facteurs environnementaux requis pour le travail en extérieur. Veuillez vérifier les éléments ci-dessous qui pourraient limiter votre participation à certains types de projets dans le cadre du programme YCC. Le site de YCC collaborera avec vous pour ajuster les projets et gérer les limitations au mieux de ses capacités.

Limitations physiques et fonctionnelles

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Charges lourdes à lever, 45 livres et plus | <input type="checkbox"/> Utilisation des doigts | <input type="checkbox"/> Flexions à répétition |
| <input type="checkbox"/> Charges lourdes à porter, 45 livres et plus | <input type="checkbox"/> Utilisation des deux mains | <input type="checkbox"/> Escalader, jambes seulement |
| <input type="checkbox"/> Traction droite | <input type="checkbox"/> Marcher | <input type="checkbox"/> Escalade, utilisation des jambes et des bras |
| <input type="checkbox"/> Traction à la main | <input type="checkbox"/> Être debout | <input type="checkbox"/> Utilisation des deux jambes |
| <input type="checkbox"/> Pousser | <input type="checkbox"/> Ramper | <input type="checkbox"/> Écouter |
| <input type="checkbox"/> Atteindre au-dessus de l'épaule | <input type="checkbox"/> Être agenouillé | <input type="checkbox"/> Vision corrigée pour un œil (20/20 à 20/40) |

Facteurs environnementaux

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Extérieur | <input type="checkbox"/> Conditions atmosphériques sèches | <input type="checkbox"/> Travail à proximité d'objets en mouvement |
| <input type="checkbox"/> Chaleur excessive | <input type="checkbox"/> Bruit excessif ou intermittent | <input type="checkbox"/> Travail sur des échelles ou des échafaudages |
| <input type="checkbox"/> Froid excessif | <input type="checkbox"/> Poussière | <input type="checkbox"/> Travail avec les mains dans l'eau |
| <input type="checkbox"/> Humidité excessive | <input type="checkbox"/> Surfaces de marche glissantes ou inégales | <input type="checkbox"/> Travail en étroite collaboration avec d'autres |
| | | <input type="checkbox"/> Travail en autonomie |

Veuillez utiliser cet espace pour expliquer plus en détail les facteurs énumérés ci-dessus qui pourraient nécessiter des soins ou un traitement supplémentaires.

À REMPLIR PAR LE POSTULANT / LA POSTULANTE ÂGÉ(E) DE 18 ANS

Je certifie que je connais le programme Youth Conservation Corps (YCC) et que je suis prêt(e) à participer au programme en tant que membre du YCC. Je comprends que je ne tiendrai pas le gouvernement des États-Unis responsable d'un accident ou d'une maladie hors programme, et j'autorise que les premiers soins ou les soins médicaux d'urgence soient prodigués dans l'établissement le plus proche et le plus adéquat approuvé par le YCC. J'autorise le partage de renseignements médicaux pertinents avec un fournisseur de soins médicaux dans le cas où les premiers soins ou les soins médicaux d'urgence seraient nécessaires.

Nom du postulant / de la postulante

Signature du postulant / de la postulante
(signature numérique acceptable)

Date
(mm/jj/aaaa)

Coordonnées en cas d'urgence :

Nom

E-mail

Numéro de téléphone d'urgence 1

Numéro de téléphone d'urgence 2

À REMPLIR PAR LE PARENT OU LE TUTEUR LÉGAL SI LE POSTULANT / LA POSTULANTE EST ÂGÉ(E) DE MOINS DE 18 ANS

Je certifie que je connais le programme Youth Conservation Corps (YCC) et que je donne mon consentement pour que mon enfant/pupille participe au programme en tant que membre du YCC. Je comprends que je ne tiendrai pas le gouvernement des États-Unis responsable d'un accident ou d'une maladie hors programme, et j'autorise que les premiers soins ou les soins médicaux d'urgence soient prodigués dans l'établissement le plus proche et le plus adéquat approuvé par le YCC. J'autorise le partage de renseignements médicaux pertinents avec un fournisseur de soins médicaux dans le cas où les premiers soins ou les soins médicaux d'urgence seraient nécessaires.

Nom du parent/tuteur légal

Signature du parent/tuteur légal
(signature numérique acceptable)

Date
(mm/jj/aaaa)

Rue

Ville

État

Code postal

Coordonnées

Nom

E-mail

Numéro de téléphone d'urgence 1

Numéro de téléphone d'urgence 2

À REMPLIR PAR L'AGENT DE RÉVISION

Nom de l'agent de révision

Signature de l'agent de révision
(signature numérique acceptable)

Date (mm/jj/aaaa)

Informations supplémentaires. Veuillez utiliser cet espace pour fournir toute information supplémentaire nécessaire au remplissage de la demande.

MODALITÉS DE DIFFUSION

ÉNONCÉ DE LA LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Autorité : 16 USC 1701-1706, Chapitre 37 – Youth Conservation Corps et Public Lands Corps, Sous-chapitre I – Youth Conservation Corps (loi Youth Conservation Corps Act de 1970 (P.L. 91 à 378 ; 84 Stat. 794) telle que modifiée en 1972 (P.L. 92-597) et en 1974 (P.L. 93-408).

Objectif : Les informations sont recueillies pour évaluer l'admissibilité des jeunes de 15-18 ans à un emploi au sein du programme Youth Conservation Corps (YCC).

Utilisations courantes : Les renseignements recueillis par le biais de ce formulaire peuvent être partagés conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels de 1974 et aux utilisations courantes énumérées dans les Modalités de publication du Système de dossiers du Bureau du secrétaire (OS) du Département de l'Intérieur INTERIOR/OS-25, Dossiers des participants au YCC, et INTERIOR/OS-29, Dossiers de recrutement du YCC disponibles à l'adresse suivante <https://www.doi.gov/privacy/os-notice>.

Divulgarion : Les renseignements transmis par le biais de ce formulaire sont fournis volontairement ; toutefois, l'incapacité à fournir les renseignements demandés peut entraîner le rejet du dossier d'inscription auprès du programme YCC.

DÉCLARATION DE RÉDUCTION DE LA PAPERASSERIE

Conformément à la loi Paperwork Réduction Act (44 U.S.C. 3501), les divisions National Park Service et U. S. Fish and Wildlife Service du Département de l'Intérieur des États-Unis et le Département de l'Agriculture des États-Unis – U. S. Forest Service recueillent les informations nécessaires pour aider les agences à protéger la santé, la sécurité, et le bien-être des participants aux programmes YCC. Les réponses figurant sur le présent document sont fournies volontairement, mais l'incapacité à fournir les renseignements demandés par le biais du présent formulaire peut entraîner le rejet de la demande de participation au programme YCC. Conformément à la loi de 1995 sur la Réduction de la paperasserie, une agence ne peut pas organiser ou encadrer la collecte et une personne n'est pas tenue de répondre à une collecte d'informations à moins qu'elle n'affiche un numéro de contrôle OMB actuellement valide. L'OMB a approuvé cette collecte de renseignements et lui a attribué le numéro de contrôle 1093-0010.

DÉCLARATION DE CHARGE ESTIMÉE

Nous estimons que la durée inhérente à la notification publique des renseignements ainsi collectés est en moyenne de 14 minutes, y compris le temps consacré à la révision des instructions, à la collecte et à la mise à jour des données ainsi qu'à la rédaction et à la révision du formulaire. Envoyez vos commentaires concernant l'estimation du fardeau ou tout autre aspect du formulaire au Departmental Information Clearance Officer (Responsable de la diffusion des renseignements du département), Département de l'Intérieur des États-Unis, 1849 C Street, NW Washington, DC 20240, ou par courrier électronique à doi-pra@ios.doi.gov. Veuillez ne pas envoyer votre formulaire rempli à cette adresse.