



FICHE MÉDICALE 2016-2017

Nom de l'athlète: _____

No d'assurance maladie du Québec: _____

Groupe sanguin: _____ Taille: _____ Poids: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Code postal: _____

Date de naissance: ____ / ____ / ____ Âge: _____

Numéro de téléphone: _____

Nom du père: _____ Téléphone résidence: _____

Téléphone bureau: _____

Nom de la mère: _____ Téléphone résidence: _____

Téléphone bureau: _____

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé connus? Si oui, veuillez expliquer S.V.P.

Diabète	<input type="checkbox"/>	_____
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	_____
Allergies	<input type="checkbox"/>	_____
Trouble d'ouïe	<input type="checkbox"/>	_____
Trouble de vue	<input type="checkbox"/>	_____
Autres	<input type="checkbox"/>	_____

Si votre enfant prend un ou plusieurs médicaments actuellement, veuillez l'inscrire.

En CAS D'URGENCE et en l'ABSENCE DES PARENTS, quelle personne devons-nous appeler?

Nom: _____

Numéro de Téléphone: _____

Relation avec l'enfant: _____

En cas d'urgence, maladie ou accident, je demande aux autorités présentes d'agir en bon parent auprès de mon enfant et de prendre les décisions jugées opportunes dans les circonstances.

Date : _____

Signature d'un parent ou tuteur

À REMETTRE À L'ENTRAÎNEUR DÈS LE PREMIER COURS DE LA SAISON 2016-2017

