

REBELLES VALLEYFIELD

Fiche Médicale

Renseignements généraux

NOM DE L'ENFANT : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ NO ASSURANCE MALADIE : _____ EXP : _____

ADRESSE COMPLÈTE : _____

NOMS DES PARENTS OU PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

1- _____ tel maison : _____ cell : _____

2- _____ tel maison : _____ cell : _____

Médecin traitant (s'il y a lieu) : _____ tel : _____

Questionnaire médical :

L'enfant a-t-il déjà souffert ou souffre-t-il de

fracture, entorse, luxation, commotion cérébrale ou autre ? Oui _____ Non _____

troubles respiratoires reliés à l'effort (asthme,...) ? Oui _____ Non _____

perte de conscience, étourdissements ou douleurs thoraciques ? Oui _____ Non _____

problème reliés à la chaleur ? Oui _____ Non _____

maladie chronique, allergie grave ou autre (diabète,épilepsie,...) ? Oui _____ Non _____

Si l'enfant a une médication particulière pour une condition médicale, (ventolin, insuline,épipen,...)sait-il l'administrer lui-même ? Oui _____ Non _____

Par la présente, j'autorise le personnel entraîneur, responsable de mon enfant , à communiquer avec moi ou avec les autres personnes mentionnées ci-haut et/ou à procéder au transport ambulancier de mon enfant si la situation est jugée pertinente, en cas d'accident survenant sur le terrain .

Nom du parent : _____ Signature _____ date : _____

