



FEUILLE D'INFORMATIONS MÉDICALES

U- _____ M/F _____ DIVISION _____

INFORMATIONS SUR LE JOUEUR

Nom de famille :	_____	Adresse:	_____
Nom de famille :	_____		_____
Prénom:	_____		_____
Téléphone:	_____	# du gilet:	_____
Date de naissance :	_____	# ass maladie:	_____

INFORMATIONS SUR LES RÉPONDANTS DU JOUEUR

	PÈRE	MÈRE	AUTRE SI URGENCE
Nom de famille :			
Prénom :			
Adresse			
(si différente)			
Téléphone (maison) :			
Téléphone (travail) :			
Page ou cellulaire :			
Courriel:			

INFORMATIONS SANTÉ DU JOUEUR

Commotions cérébrales	OUI	NON	Problèmes de l'ouïe	OUI	NON
Évanouissements	OUI	NON	Problèmes respiratoires	OUI	NON
Épileptique	OUI	NON	Asthmatique	OUI	NON
Lunettes	OUI	NON	Problèmes cardiaques	OUI	NON
Lentilles cornéennes	OUI	NON	Diabète	OUI	NON
Appareil dentaire	OUI	NON	Déficit de l'attention	OUI	NON
Médicaments réguliers	OUI	NON	Bracelet Médic-Alert	OUI	NON
ALLERGIES	OUI	NON	Si oui, description:		

AUTRES DÉTAILS JUGÉS IMPORTANTS

(Si changements svp aviser les entraîneurs)

En signant la présente j'autorise que toute information jugée pertinente soit transmise aux personnes jugées appropriées, et que les personnes entourant mon enfant lui prodiguent les soins infirmiers nécessaires.

Je les autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, si je suis absent, j'autorise le médecin choisi à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris des injections ou encore, la pratique d'une intervention chirurgicale.

_____	_____
Signature du parent ou du tuteur	Date

NOTE: SVP JOINDRE UNE COPIE DE LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE