

Bilan de santé – Saison 2015-2016



IDENTIFICATION

Nom, prénom du patineur : _____

Date de naissance : _____

Sexe : _____

Assurance Maladie : _____

Expiration : _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom, prénom : _____

Téléphone : _____

Lien avec l'enfant : _____

Nom, prénom : _____

Téléphone : _____

Lien avec l'enfant : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant souffre-t-il de :

Asthme : Oui Non Si oui, précisez : _____

Hernie : Oui Non Si oui, précisez : _____

Épilepsie : Oui Non Si oui, précisez : _____

Diabète : Oui Non Si oui, précisez : _____

Allergies : Oui Non Si oui, précisez : _____

Autres : Précisez : _____

Autres : Précisez : _____

Si votre enfant a en sa possession une dose d'adrénaline (Épipen ou autres), qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie? _____

Existe-t-il d'autres renseignements relatifs à la santé du patineur dont le Club *Les Fines Lames de Sainte-Julie* devrait être informé? Si oui, décrivez : _____

AUTORITÉ PARENTALE

Cette fiche médicale représente les informations les plus justes connues et le patineur est autorisé à participer à toutes les activités sportives du Club de patinage de vitesse *Les Fines Lames de Sainte-Julie*. J'autorise, si l'état de mon enfant l'exige, le transport par ambulance dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de joindre l'une ou l'autre des personnes à contacter en cas d'urgence mentionnées précédemment, j'autorise le médecin choisi par les autorités à effectuer tous les examens et traitements jugés nécessaires.

Nom, prénom du parent : _____

Date : _____

Signature du parent : _____
