



FICHE DE SANTÉ SAISON 20__ - 20__

Nom de la joueuse	
Adresse	
Téléphone:	No. Assurance maladie:

Nom père:	Téléphone:
Nom mère:	Téléphone (si différent ou cell.):

Personne à contacter en cas d'urgence, si les parents (tuteurs) ne sont pas disponibles.

Nom:	Lien avec l'enfant:
Adresse:	Téléphone:

Souffrez-vous présentement ou avez-vous déjà souffert des conditions suivantes?

Cas	Oui	Non	Cas	Oui	Non
Anémie/Troubles sanguins			Perte temporaire de l'ouïe		
Saignements fréquents			Nausées		
Asthme/Bronchite			Étourdissement-Évanouissement		
Problèmes respiratoires			Engourdissement/		
Convulsions/Épilepsie			Faiblesse des membres		
Diabète			Insolation/Déshydratation		
Maladies rénales			Insomnie/Perte d'appétit		
Troubles glandulaires			Problèmes dentaires		
Migraines			Blessure interne		
Allergies			Troubles digestifs		
Comotion/Traumatisme crânien			Infections sévères		
Maux de tête			Autres		

Veillez donner les détails, si vous avez répondu oui à une ou plusieurs questions. Explications au verso -->

	Oui	Non
Prenez-vous des médicaments régulièrement?		
Si oui, pour quelle condition?		
Noms des médicaments:		
Dosage (quantité et fréquence):		
Avez-vous des allergies connues aux médicaments?		
Si oui, précisez:		

Portez-vous présentement:	Oui	Non
Lentilles cornéennes:		
Appareil auditif:		
Orthèse:		

Autorisation des parents et / ou tuteurs:

Je comprends qu'il m'incombe d'informer les officiers de l'équipe, dans un délai raisonnable, de tout changement relatif à l'état de santé de mon enfant. Au cas où personne ne peut être rejoint, j'autorise les officiers de l'équipe à poser les gestes nécessaires pour la sécurité et le bien-être de mon enfant. Au cas où mon enfant devrait recevoir des soins médicaux d'urgence, j'accepte qu'un professionnel agréé de la santé l'hospitalise ou le traite et prenne les mesures nécessaires pour qu'il reçoive des injections, soit anesthésié, ou subisse une intervention chirurgicale. J'autorise également que les informations de la fiche médicale soient transmises aux personnes appropriées lorsque nécessaire. Par ma signature, je dégage les officiers de l'équipe de toute responsabilité d'accidents, de blessures et autres incidents pouvant survenir durant la saison, lors de toute activité de l'équipe.

Signature d'un parent (tuteur)

Date (JJ / MM / AAAA)