



Fiche médicale

Nous vous demandons de remplir ce formulaire et de le remettre au **gérant de l'équipe** lors de l'inscription au **camp de perfectionnement** ou au **responsable des camps** lors des **camps de jour**. Les entraîneurs auront cette fiche avec eux et seront tenus à une très grande discrétion avec ces informations.

IDENTIFICATION

Nom et Prénom :	Date de naissance :	Équipe :			
Adresse complète :		Niveau :	A <input type="checkbox"/>	AA <input type="checkbox"/>	LOCAL <input type="checkbox"/>
Nom du père :	☎ Maison :	Cell. :	☎ Travail :		
Nom de la mère :	☎ Maison :	Cell. :	☎ Travail :		
Médecin de famille :	☎ :	Lieu du centre médical :			

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Est-ce que votre enfant sait nager? :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doit-il porter un gilet de sauvetage :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
J'autorise mon enfant à partir seul :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si non, avec qui est-il autorisé à quitter les lieux des activités? :		

SÉCURITÉ

Allergies à certains médicaments :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Précisez :		
Allergies quelconques (abeilles, poussière, etc.)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Précisez :		
Souffrez-vous d'une maladie?	Asthme <input type="checkbox"/>	Diabète <input type="checkbox"/>	Épilepsie <input type="checkbox"/>	Autres :	
Prenez-vous des médicaments à l'année?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Précisez :		
Autre(s) information(s) pertinente(s) : _____ _____ _____					

AUTORISATION DES PARENTS

J'autorise les responsables à diffuser, pour des raisons de sécurité, les renseignements contenus dans la présente fiche et, en cas d'urgence, tout le personnel s'occupant du groupe de mon enfant à prendre les mesures nécessaires pour dispenser les premiers soins et voir au transport de mon enfant jusqu'à l'endroit où il sera traité si cela s'avère nécessaire : Oui Non

_____ _____
Signature Date