



## Fiche santé du joueur(se)

### Informations personnels sur le joueur(se)

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
 # assurance maladie : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Date d'expiration : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### Informations sur les répondants du joueur(se)

	Père	Mère	Autre (si urgence)
Nom			
Prénom			
Adresse (si différente)			
Tél. : (résidence)			
Tél. : (travail)			
Tél. : (cellulaire)			
Courriel :			

### Informations santé du joueur(se)

Commotions cérébrales	OUI	NON	Problème de l'ouïe	OUI	NON
Évanouissements	OUI	NON	Problème respiratoire	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, précisez :		

### Autres détails importants à signaler

--

### Autorisation

En signant la présente, j'autorise que toute information jugée pertinente soit transmise aux personnes jugées appropriées et que le personnel 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 des soins 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 légal si moins de 18 ans

Date