

TRAITEMENT D'URGENCE

Informations générales

Nom et prénom							
Adresse postale							
Téléphone : Numéro assu			ce maladie :				
Courriel :	•						
Nom mère : Téléphone rés. : cell :							
Nom père :		Téléphone rés. : cell :					
Nom pere .	relephone les Gen .						
Personne à contacter en cas d'urgence, si les parents (tuteurs) ne sont pas disponibles.							
Nom - Prénom	, si les pareil	is (tuteurs) ne	Lien avec l'enfant :				
Adresse		Téléphone :					
Adiesse		releptione.					
Souffrez-vous présentement ou avez-vo					Mari D		
			temporaire de l'ouïe	Oui 🛘	Non 🗆		
<u> </u>		n 🗆 Nausé		Oui 🛘	Non 🗆		
			lissement/évanouissement	Oui 🗆	Non 🗆		
			rdissement/faiblesse des membres	Oui 🗆	Non 🗆		
			tion/déshydratation nie/perte d'appétit	Oui 🛘 Oui 🗎	Non □ Non □		
				Oui 🛘	Non 🗆		
			emes dentaires ure interne	Oui 🛘	Non 🗆		
			es digestifs	Oui 🛘	Non 🗆		
0			on sévère	Oui 🛘	Non 🗆		
		n	on severe	Oui 🛘	Non 🗆		
		on 🗆 💮		Oui	140II 🗆		
Veuillez donner les détails, si vous avez répondu oui à une ou plusieurs questions. EXPLICATION VERSO→							
Tourist destrict to determ, or Tour attention out a and ou problem questions. Ext. Electricit VEIXOO-7							
Prenez-vous des médicaments régulièrement? Oui Non							
Si oui, pour quelle condition?							
Nom des médicaments :							
Dosage (quantité et fréquence) :							
Avez-vous des allergies connues aux médicaments? Oui Non Non							
Préciser :							
Portez-vous présentement :							
Verres correcteurs : Oui □ No	n 🗆		Préciser :				
Lentilles cornéennes : Oui □ Noi			Préciser :				
	on 🗆		Préciser :				
Orthèses: Oui □ No	n 🗆	I	Préciser :				
Bracelet MedicAlert Oui □ No	on 🛘	I	Préciser :				
	·			·	·		
Toute blessure ou maladie doit être vérifiée	e par un méd	ecin avant la pa	articipation à un programme de hocke	y.			
Autorisation des parents et / ou tuteurs							
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)	Nom en lettres moulées	Date (J/M/A)