

Fiche Médicale

Nom du joueur: _____ Prénom: _____

Téléphones importants en cas d'urgence

Nom du père: _____

Téléphone domicile: (_____) _____

Travail: (_____) _____

Cell : (_____) _____

Nom de la mère: _____

Téléphone domicile: (_____) _____

Travail: (_____) _____

Cell : (_____) _____

Autres personnes que l'on peut rejoindre en cas d'urgence

Nom: _____ Prénom: _____ Tél: (_____) _____

Nom: _____ Prénom: _____ Tél: (_____) _____

Tél: (_____) _____

ÊTES-VOUS

Allergique à certains médicaments ? (Ex: pénicilline, cortisone)

Non: ____ Oui: ____ Spécifiez: _____

Allergique à certains aliments? (Ex: beurre d'arachide, produits laitiers)

Non: ____ Oui: ____ Spécifiez: _____

AVEZ-VOUS

Une maladie qui demande une attention spéciale? (Ex: asthme, diabète)

Non: ____ Oui: ____ Spécifiez: _____

Afin d'affronter toutes situations urgentes, nous divulguerons les renseignements ci-haut aux services d'urgences

Autorisation en cas d'urgence: _____

Signature des parents