



FICHE DE SANTÉ- SAISON

Informations générales

Nom et prénom :	
Adresse postale :	
Date de naissance :	Numéro d'assurance maladie :

Nom mère :	Téléphone rés. :	cell :
Nom père :	Téléphone rés. :	cell :

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

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

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

Anémie/troubles sanguins	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Perte temporaire de l'ouïe	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Saignements fréquents	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Nausées	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Asthme/bronchite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Étourdissement/évanouissement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Problèmes respiratoires	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Engourdissement/faiblesse des membres	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Convulsions/épilepsie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Insolation/déshydratation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Insomnie/perte d'appétit	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maladies rénales	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Problèmes dentaires	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Troubles glandulaires	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Blessure interne	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Migraines	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Troubles digestifs	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Allergies	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Infection sévère	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Commotion/traumatisme crânien	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Autre	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maux de tête	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			

Veillez donner les détails, si vous avez répondu oui à une ou plusieurs questions. EXPLICATION VERSO→

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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Préciser :	

Antécédents médicaux

Portez-vous présentement :

Verres correcteurs :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Préciser :
Lentilles cornéennes :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Préciser :
Appareil auditif :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Préciser :
Orthèses:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Préciser :
Bracelet MedicAlert	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

Toute blessure ou maladie doit être vérifiée par un médecin avant la participation à un programme de ringuette.

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)