



Fiche d'informations médicales

Identification du joueur :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

--	--

jour

--	--

mois

--	--	--	--

année

Numéro de la carte d'assurance maladie

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EXPIRATION			

année mois

État de santé de votre enfant

Votre enfant souffre-t-il ?

d'asthme

oui non

d'épilepsie

oui non

de trouble respiratoire

oui non

de trouble cardiaque

oui non

d'une allergie

oui non spécifiez : _____

Votre enfant prend-il un médicament

oui non spécifiez : _____

Votre enfant porte-t-il des verres correcteur

oui non

Votre enfant porte-t-il des verres de contact :

oui non

Personne(s) à contacter en cas d'urgence

--	--	--

Personne à contacter téléphone (jour) téléphone (soir)

--	--	--

Autre personne à contacter téléphone (jour) téléphone (soir)

Déclaration du parent ou tuteur

À notre connaissance, pour notre enfant, il n'y a pas d'empêchement à la pratique des activités physique, et en particulier à la pratique des activités reliées au soccer.

Nom du parent ou tuteur :

(prénom et nom en lettres carrées)

Signature :

Date :

Tous les renseignements médicaux sont confidentiels. Ils doivent accompagner l'équipe en tout temps. Seul le personnel autorisé y aura accès.