



Fiche Santé 2017-2018 Identification du patineur

Nom complet du patineur: _____

d'Assurance maladie : _____ Date d'expiration: _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom complet: _____

Lien avec le patineur: _____

téléphone maison: _____ # cellulaire: _____

Nom complet: _____

Lien avec le patineur: _____

téléphone maison: _____ # cellulaire: _____

ÉTAT DE SANTÉ DU PATINEUR

Votre enfant souffre t-il? Précisez (symptômes, réactions, traitements, etc.)

	OUI	NON	Description
Asthme	_____	_____	_____
Handicap	_____	_____	_____
Troubles cardiaques	_____	_____	_____
Épilepsie	_____	_____	_____
Hémophilie	_____	_____	_____
Diabète	_____	_____	_____
Autres (précisez)	_____	_____	_____

ALLERGIES

Aliments _____

Médicaments _____

Autres (précisez) _____

MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments sur une base régulière? Oui Non

Votre enfant a-t-il déjà eu un accident ou une opération majeure? Oui Non Si oui détails: _____

Est-ce que votre enfant a des difficultés, contraintes ou restrictions particulières concernant la santé ou son comportement que nous devrions connaître? _____

Signature du parent: _____ Date: _____