



## FICHE SANTÉ 2025-2026 IDENTIFICATION DU PATINEUR

Nom du patineur :	Prénom du patineur :		
No. assurance maladie :	Date d'expiration :		
<b>PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :</b>			
Nom complet :			
Lien avec le patineur :			
No. à contacter en cas d'urgence :			
Courriel :			
Nom complet :			
Lien avec le patineur :			
No. à contacter en cas d'urgence :			
Courriel :			
<b>ÉTAT DE SANTÉ DU PATINEUR :</b>			
Souffre-t-il d'une ou des problématiques ci-dessous?			
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Description/commentaire</b>
Asthme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Handicap :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles cardiaques :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Épilepsie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hémophilie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabète :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Description/commentaire</b>
<b>ALLERGIES</b>			
Aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (précisez)			
<b>Médicaments</b>			
Prend-il des médicaments sur une base régulière?		Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>
A-t-il déjà eu un accident ou opération majeure?		Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>
Si oui, détails :			
A-t-il des difficultés, contraintes ou restrictions particulières concernant sa santé ou son comportement que nous devrions connaître?			
Si oui, détails :			
Signature du parent ou tuteur légal :		Date :	