

<b>NOM ET PRÉNOM :</b>
<b>ADRESSE :</b>
<b>DATE DE NAISSANCE :</b>
<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :</b>
<b>NUMÉRO DE CHANDAIL :</b>

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

Allergies	Oui	Non	Port d'un bracelet médical	Oui	Non
Commotion/traumatisme crânien	Oui	Non	Verres correcteurs	Oui	Non
Problèmes respiratoires	Oui	Non	Lentilles cornéennes	Oui	Non
Convulsions/épilepsie	Oui	Non	Prise de médicaments sur une base régulière ?	Oui	Non
Diabète	Oui	Non	Autre	Oui	Non

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

<b>NOM ET PRÉNOM / MÈRE :</b>	
TÉLÉPHONE :	CELLULAIRE :
<b>NOM ET PRÉNOM / PÈRE :</b>	
TÉLÉPHONE :	CELLULAIRE :

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

<b>NOM ET PRÉNOM :</b>	
TÉLÉPHONE :	CELLULAIRE :
LIEN AVEC L'ENFANT	

**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)