

Zéphyr  
Saison 2009-2010  
PATINAGE SYNCHRONISÉ  
FICHE MÉDICALE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
No carte d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Exp : \_\_\_\_\_

aaaa-mm

RESPONSABLES		
	Père	Mère Compléter seulement les coordonnées différentes de celles du père
Prénom, nom :		
Adresse :		
Municipalité :		
Code postal :		
No téléphone (Domicile)		
No téléphone (travail)		
No téléphone (pagette)		
No téléphone (Cellulaire)		
Adresse électronique :		

ÉTAT DE SANTÉ DU PATINEUR
Souffre-t-elle de : anémie, asthme, diabète, haute pression, basse pression ou de tout autre <b>problème de santé</b> digne de mention ? Si oui, spécifier : _____
Est-elle allergique à des <b>médicaments</b> tels : novocaïne, sulfa, pénicilline ou tout autre médicament ? Si oui, spécifier : _____
Est-elle allergique à des <b>aliments</b> ? Si oui, spécifier : _____
Prend-elle des médicaments sur une base régulière ( R ) ou occasionnelle ( O ) ? Si oui, spécifier : ( R ) _____ ( O ) _____
Porte-t-elle des <b>prothèses, verres ou lentilles cornéennes</b> ? Si oui, spécifier : _____ Depuis 2 ans, a-t-elle été victime de blessure(s) à la tête, au dos, articulaire(s), dislocation, fracture(s) ou toute autre blessure digne de mention ? Si oui, spécifier : _____
Nom du médecin traitant : _____ No tél. : _____
Nom de la clinique : _____ No tél. : _____

SUITE FICHE MÉDICALE

EN CAS D'ALLERGIE (DIAGNOSTIC CONNU)

J'autorise les responsables de l'équipe des Zéphyr de Mascouche à administrer à mon enfant son épipen dans le cas où les responsables jugent que mon enfant réagit à une substance allergène. L'enfant doit donc être un cas connu au point de vue allergique. Votre signature conclut l'entente avec la direction de l'équipe de patinage synchronisé de Mascouche sur l'application d'une telle mesure.

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur

J'atteste que l'information précédente est véridique, conforme, et je m'engage à communiquer au comité des Zéphyr de Mascouche toute information devant être mise à jour.

J'autorise par la présente, les responsables ou toute personne mandatée par eux à divulguer l'information contenue dans mon dossier personnel ou celui de mon enfant si une urgence médicale survient.

Signature : \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_