Fiche médicale et d’urgence

Date :

Prénom et nom du patineur :

Groupe :

|  |
| --- |
| Personnes à contacter en cas d’urgence |
| **Personne #1 à contacter en cas d’urgence (Nom et prénom)** |   |
| **Lien avec l’enfant** |   |
| **Numéro de téléphone #1** |   |
| **Numéro de téléphone #2** |   |
| **Personne #2 à contacter en cas d’urgence (Nom et prénom)** |   |
| **Lien avec l’enfant** |   |
| **Numéro de téléphone #1** |   |
| **Numéro de téléphone #2** |   |
| Informations générales |
| **Date de naissance** |   |
| **Sexe** |   |
| **Allergies** |   |
| **Maladies****(Ex. : asthme, maladie cardiaque, etc.)** |   |
| **Handicap physique****(Ex : malformation, surdité, trouble de la vue, etc.)** |   |
| **Besoins particuliers/Diagnostiqués ou non (Ex. : TDAH, trouble d’opposition, TSA, etc.** |   |
| **Avez-vous déjà eu une commotion cérébrale ? Si oui, combien ? Dates ?** |   |
| **Autres informations pertinentes** |   |
| **J’autorise, par la présente, la diffusion de toute image ou vidéo, en tout ou en partie, individuellement ou avec d’autres images ou vidéos sur le site Web CPVRL et sur d’autres sites officiels tel que FACEBOOK ou autres…** | **Oui** [ ]  **Non** [ ]  |