



FICHE DE SANTÉ

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

PERSONNE À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ **Prénom :** _____

Relation : _____ (mère, père, tante, oncle, etc..)

Téléphone (JOUR) _____ (SOIR) _____

Nom : _____ **Prénom :** _____

Relation : _____ (mère, père, tante, oncle, etc..)

Téléphone (JOUR) _____ (SOIR) _____

ÉTAT DE SANTÉ DE VOTRE ENFANT

Votre enfant souffre-t-il :	Oui	Non
D'asthme :	_____	_____
D'épilepsie :	_____	_____
Diabète :	_____	_____
Des troubles respiratoires :	_____	_____
Des troubles cardiaques :	_____	_____
Verres correcteurs :	_____	_____
D'une allergie :	_____	_____
Si oui laquelle :	_____	_____
Autre :	_____	_____
Blessures précédentes :	_____	_____
Votre enfant prend-t-il des médicaments :	_____	_____
Lesquels : _____		

Si oui est-il en possession de ses médicaments et sait-il comment les administrer

DÉCLARATION DU PARENT :

À ma connaissance, pour mon enfant, il n'y a pas d'empêchement à la pratique des activités physique, et en particulier à la pratique des activités reliées au soccer.

Signature _____ Date _____

Remarques : Tous les renseignements médicaux sont confidentiels. Ils doivent accompagner l'équipe en tout temps. Seul le personnel autorisé y a accès.

FICHE DE SANTÉ ET AUTORISATIONS

AUTORISATIONS :

1. Je, soussigné(e), déclare être titulaire de l'autorité parentale du joueur ou joueuse ci-haut mentionné(e). Advenant que la personne soit blessée ou malade lors d'une activité de l'équipe et que cela nécessite en mon absence l'intervention d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé, je demande au personnel, à l'entraîneur ou au gérant de l'équipe ou à toute autre personne désignée par la direction du CSB (ci-après nommée le personnel de l'équipe), de me ou de nous contacter dès que possible à un des numéros de téléphones mentionnés au recto. J'ai informé chaque personne pouvant être contacté en mon absence, de la nature des présences.
2. J'autorise le personnel de l'équipe, s'il le juge nécessaire, à confier le joueur ou joueuse sans délai, à un médecin, un hôpital, une clinique ou un centre médical de son choix et à signer tous les documents requis par les autorités médicales, pour que ce joueur ou joueuse reçoive les soins de l'attention médicale nécessaires à son état.
3. Tous les frais engagés ou payés et tous les frais indirects, sans restriction, seront à ma charge.
4. J'autorise par la présente le personnel de l'équipe, les professionnels de la santé, l'hôpital, la clinique ou le centre médical, à prodiguer ou à faire prodiguer au joueur ou joueuse tous les soins, traitements ou interventions jugés nécessaires.
5. J'autorise la divulgation ou la distribution de copies des présentes, à toutes personnes du centre ou professionnels de la santé ou à toutes institutions médicales ou paramédicales s'occupant du joueur ou joueuse.
6. Sur demande verbale du personnel de l'équipe, de l'entraîneur, du gérant ou d'une personne désignée par la direction du Club de soccer de Boucherville, je m'engage à entrer en communication sans délai, avec les autorités médicales à qui aura été confié le joueur ou joueuse.
7. Je dégage de toutes responsabilités du personnel, de l'équipe et du Club de soccer de Boucherville dans l'exercice ou l'application des présentes.

Fait à (ville) _____ ce (date) _____

Nom _____ (en lettres moulées)

Signature d'un parent ou titulaire de l'autorité parentale
