



expresslaval@videotron.ca  
www.expresslaval.com

## RENSEIGNEMENTS DU JOUEUR

Nom de famille	
Prénom	
No. Ass. Maladie	
Date de naissance	
Adresse	
Code postal	Téléphone:

**Informations médicales importantes (épilepsie, diabète, problèmes orthopédiques, allergies importantes):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Blessures à la tête, au dos, aux articulations (depuis 2 ans):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Médicaments pris régulièrement (sauf vitamines):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Toute autre information médicale pertinente:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom et prénom	
Téléphone (bureau)	(en cas d'urgence):
Médecin de famille	
Téléphone	

**Signature du parent :** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_