Fiche d'informations médicales

Identification du joueur :

Nom : Prénom :

Date de naissance : jour mois année

Numéro de la carte d'assurance maladie

EXPIRATION année mois

État de santé de votre enfant

Votre enfant souffre-t-il ?

d'asthme	oui ☐	non ☐	
d'épilepsie	oui ☐	non ☐	
de trouble respiratoire	oui ☐	non ☐	
de trouble cardiaque	oui ☐	non ☐	
d'une allergie	oui ☐	non ☐	spécifiez :_____
Votre enfant prend-il un médicament	oui ☐	non ☐	spécifiez :_____
Votre enfant porte-t-il des verres correcteur	oui ☐	non ☐	
Votre enfant porte-t-il des verres de contact :	oui ☐	non ☐	

Personne(s) à contacter en cas d'urgence

Personne à contacter	téléphone (jour)	téléphone (soir)

Autre personne à contacter	téléphone (jour)	téléphone (soir)

Déclaration du parent ou tuteur

À notre connaissance, pour notre 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.

Nom du parent ou tuteur :
(prénom et nom en lettres carrées)

Signature : Date :

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