



FICHE DE SANTÉ

Loisirs Saint-Eugène

Renseignements généraux		
Prénom	Nom	Catégorie U-
Numéro d'assurance-maladie	Date expiration	Année de naissance
Adresse		Téléphone
Ville		Code postal

Personnes à contacter en cas d'urgence				
Nom	Lien	Jour	Téléphone	
			Soir	Cell.

Profil médical					
Souffre-t-il de ...	Oui	Non	Est-il allergique à ...	Oui	Non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arachides et noix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirine, pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herbe à puce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produits laitiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres (précisez) :		

Autres précisions :		Oui	Non	
Prends-t-il des médicaments sur une base régulière?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Spécifiez : _____
Est-il en possession de ses médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Est-ce qu'il sait s'administrer ses médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
A-t-il eu des blessures antérieures sérieuses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Porte-t-il des verres de contact?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autres conditions nécessitant des soins particuliers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Spécifiez : _____



FICHE DE SANTÉ

Loisirs Saint-Eugène

Traitement d'urgence

- 1- En cas d'accident ou de maladie, en mon absence du lieu de la pratique ou de la partie, j'autorise la direction de l'équipe, à entreprendre les démarches requises pour consulter un professionnel de la santé ou à hospitaliser mon enfant.
- 2- Je m'engage à défrayer tous les coûts relatifs aux soins de santé, non couverts par la Régie de l'AMQ qui pourraient découler des démarches mentionnées plus haut.
- 3- Je m'engage à aviser la direction de l'équipe de tout changement en ce qui a trait à l'information ci-dessus.

Signature du parent ou tuteur légal

Date