

PRÉNOM: _____ NOM : _____

ADRESSE : _____ TÉL : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ # ASSURANCE-MALADIE : _____ - _____ - _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

TÉLÉPHONES

1. NOM _____ Lien : _____ Soir : _____ Jour : _____ Cell. : _____

2. NOM _____ Lien : _____ Soir : _____ Jour : _____ Cell. : _____

3. NOM _____ Lien : _____ Soir : _____ Jour : _____ Cell. : _____

PROFIL MÉDICAL :

Courriel : _____

SOUFFRE-T-IL DE...	Oui	Non	EST-IL ALLERGIQUE À ...	Oui	Non
Asthme			Arachides et noix		
Diabète			Aspirine, pénicilline		
Épilepsie			Herbe à puce		
Évanouissement			Piqûres d'insectes		
Problème cardiaque			Produits laitiers		
Problème respiratoire			Autres (précisez)		

AUTRES PRÉCISIONS :

Votre enfant possède-t-il un système d'injection d'adrénaline en cas d'urgence (Épipen ou autre)? Oui Non

Votre enfant a-t-il besoin de médication (ex. : inhalateur ou comprimés)? Oui Non Précisez : _____

Est-il en possession de ses médicaments ? Oui Non

Sait-il administrer ses médicaments ? Oui Non

A-t-il eu des blessures sérieuses antérieures ? Oui Non Spécifiez _____

Statut de résidence : Canadien Résident permanent Permanence en cours Autre statut

AUTRES CONDITIONS NÉCESSITANT DES SOINS PARTICULIERS _____

J'autorise le Club de judo Torii à prendre des photos et/ou des vidéos au cours des activités de mon enfant durant son séjour, et à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles.

OUI NON

TRAITEMENT D'URGENCE

1. Par la présente, j'autorise, en cas d'accident ou de maladie, en mon absence du lieu de la pratique ou de la partie, 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 R.A.M.Q. 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.

4. En signant, je confirme la véracité des informations fournies.

Signature du parent ou tuteur si moins de 18 ans

Date