

# FICHER MÉDICAL

**MISTRAL LAURENTIEN**

ÉQUIPE	
ENTRAÎNEUR	
TÉLÉPHONE	
GÉRANT	
TÉLÉPHONE	

<b>IDENTIFICATION</b>	Nom	
	Prénom	
	Adresse	
	Téléphone	
	Date de naissance	
	No assurance maladie	

Signes particuliers		<b>INFOS</b>
Taille		
Poids		

<b>PERSONNES RESSOURCES</b>	Nom père	
	Adresse	
	Téléphone (bureau)	
	Téléphone (maison)	
	Téléphone (cellulaire)	
	Nom mère	
	Adresse	
	Téléphone (bureau)	
	Téléphone (maison)	
Téléphone (cellulaire)		

Type	Date	<b>MALADIES OU BLESSURES RECENTES</b>
Type	Date	
Type	Date	

<b>PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE</b>	Nom	
	Prénom	
	Téléphone (bureau)	
	Téléphone (maison)	
	Téléphone (cellulaire)	

	<b>REMARQUES ET OBSERVATIONS</b>

<b>SIGNATURE</b>	Parent	
	Date	

	<b>ALLERGIES</b>

**VEUILLEZ ENGERCLER LA RÉPONSE APPROPRIÉE AYANT TRAIT À VOTRE ENFANT:**

- OUI NON** Episode de commotion cérébrale
- OUI NON** Episode d'évanouissement pendant l'exercice
- OUI NON** Épileptique
- OUI NON** Porte des lunettes
- OUI NON** Porte des verres de contact
- OUI NON** Problème d'ouïe
- OUI NON** Asthme
- OUI NON** Problème cardiaque
- OUI NON** Diabétique
- OUI NON** Porte un bracelet ou un collier "Médic Alert"

**S'IL Y A LIEU, VEUILLEZ DONNER DES DÉTAILS SI VOUS AVEZ RÉPONDU "OUI" À UNE DES QUESTIONS PRÉCÉDENTES:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---