



FORMULAIRE DE SANTÉ

IDENTIFICATION DE LA JOUEUSE

NOM, PRÉNOM:	DATE DE NAISSANCE:	
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE:	DATE D'EXPIRATION :	
ADRESSE:	VILLE:	CODE POSTAL:
TÉLÉPHONE:	COURRIEL:	

PERSONNE À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

NOM, PRÉNOM:	LIEN DE PARENTÉ:
TÉLÉPHONE 1:	TÉLÉPHONE 2:

QUESTIONNAIRE SANTÉ

TYPE	OUI	NON	FRÉQUENCE	TRAITEMENT À ADMINISTRER
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trouble cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autres:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Commotion cérébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QUAND: COMMENT:
---------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------

Énumérer toutes les activités auxquelles votre fille ne peut s'adonner

AUTORISATION

En signant la présente, j'autorise les responsables de l'équipe de l'association de ringuette de Longueuil à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. J'autorise également les responsables de l'équipe de l'association de ringuette de Longueuil à transporter ma fille par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire s'ils le jugent nécessaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les responsables de l'équipe de l'association de ringuette de Longueuil à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

SIGNATURE (Du tuteur pour les joueuses mineures)
DATE: