



## FORMULAIRE DE SANTÉ

IDENTIFICATION DE LA JOUEUSE		
NOM, PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	TÉLÉPHONE / CELLULAIRE
ADRESSE	CODE POSTAL	VILLE
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		DATE D'EXPIRATION

PERSONNE À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE	
NOM, PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ
TÉLÉPHONE	CELLULAIRE

QUESTIONNAIRE SANTÉ				
Type	Oui	Non	Fréquence	Traitement à administrer
Allergie				
Asthme				
Diabète				
Épilepsie				
Trouble cardiaque				
Autres :				
Commotion cérébrale			Quand	Comment
Énumérer toutes les activités auxquelles votre fille ne peut s'adonner :				

AUTORISATION	
<p>En signant la présente, j'autorise les responsables de l'équipe de l'association de ringuette de Longueuil-St-Hubert à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. J'autorise également les responsables de l'équipe 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 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.</p>	
SIGNATURE (Du tuteur pour la joueuse mineure)	DATE