



## Fiche Santé 2023-2024 Identification du patineur

Nom complet du patineur: \_\_\_\_\_

# d'assurance maladie: \_\_\_\_\_ Date d'expiration: \_\_\_\_\_

### PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom complet: \_\_\_\_\_

Lien avec le patineur: \_\_\_\_\_

#téléphone maison: \_\_\_\_\_ #cellulaire: \_\_\_\_\_

Nom complet: \_\_\_\_\_

Lien avec le patineur: \_\_\_\_\_

#téléphone maison: \_\_\_\_\_ #cellulaire: \_\_\_\_\_

### ÉTAT DE SANTÉ DU PATINEUR

Votre enfant souffre-t-il? Précisez (symptômes, réactions, traitements, etc.)

	OUI	NON	Description
Asthme	_____	_____	_____
Handicap	_____	_____	_____
Troubles cardiaques	_____	_____	_____
Épilepsie	_____	_____	_____
Hémophilie	_____	_____	_____
Diabète	_____	_____	_____
Autres (précisez)	_____	_____	_____

### ALLERGIES

Aliments \_\_\_\_\_

Médicaments \_\_\_\_\_

Autres (précisez) \_\_\_\_\_

### MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments sur une base régulière? Oui  Non

Votre enfant a-t-il déjà eu un accident ou une opération majeure? Oui  Non  Si oui détails: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant a des difficultés, contraintes ou restrictions particulières concernant la santé ou son comportement que nous devrions connaître? \_\_\_\_\_

Signature du parent: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_