



<b>NOM DE L'ÉQUIPE</b>	
<b>DIVISION / CLASSE</b>	
<b>SAISON</b>	

## FICHE MÉDICALE

<b>NOM - PRÉNOM</b> →		<b>DATE DE NAISSANCE</b> →	JOUR / MOIS / ANNÉE
<b>ADRESSE</b>			
<b>TÉLÉPHONE</b>		<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE</b> →	

<b>POSITION</b>		<b>LANCER</b>	
<b>TAILLE</b>		<b>POIDS</b>	

<b>NOM - MÈRE</b>		<b>TÉLÉPHONE MAISON</b>		<b>TÉLÉPHONE TRAVAIL</b>	
<b>COURRIEL</b>					
<b>NOM - PÈRE</b>		<b>TÉLÉPHONE MAISON</b>		<b>TÉLÉPHONE TRAVAIL</b>	
<b>COURRIEL</b>					

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE, SI LES PARENTS NE SONT PAS DISPONIBLES			
<b>NOM - PRÉNOM</b>		<b>LIEN AVEC L'ENFANT</b>	
<b>ADRESSE</b>		<b>TÉLÉPHONE</b>	

<b>MÉDICAMENT(S)</b>			
<b>ALLERGIE(S)</b>			
<b>MALADIE(S)</b>			
<b>BLESSURE(S) RÉCENTE(S)</b>			
<b>DATE DERNIER EXAMEN</b>	JOUR / MOIS / ANNÉE	<b>DATE DERNIÈRE INJECTION - TÉTANOS</b>	JOUR / MOIS / ANNÉE

SUITE AU VERSO

