

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES (ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE)					
COMMOTION CÉRÉBRALE	OUI	NON	DIABÈTE	OUI	NON
ÉPILEPTIQUE	OUI	NON	PROBLÈME D'OUÏE	OUI	NON
PORTE DES LENTILLES CORNÉENNES	OUI	NON	MALADIE AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE	OUI	NON
PORTE DES APPAREILS DENTAIRES	OUI	NON	PORTE UN BRACELET MEDIC-ALERT	OUI	NON
ASTHME	OUI	NON	PREND DES MÉDICAMENTS	OUI	NON
PROBLÈME CARDIAQUE	OUI	NON	SAIGNEMENT FRÉQUENT DU NEZ	OUI	NON
AUTRE:					
Veillez donner des détails si vous avez répondu oui à une ou plusieurs questions					

Toute blessure ou maladie doit être vérifié par un médecin avant la participation à un programme de hockey

Autorisation des Parents et/ou Tuteurs
<p>Je comprends qu'il relève de ma responsabilité d'aviser les officiers de l'équipe, dans un délai raisonnable, de tout changement en ce qui concerne l'état de santé de mon enfant.</p> <p>Dans l'éventualité où personne ne peut être rejoint, j'autorise les officiers de l'équipe à poser les gestes nécessaires pour la sécurité et le bien-être de mon enfant.</p> <p>Au cas où mon enfant devait recevoir des soins médicaux d'urgence, j'accepte qu'un professionnel agréé de la santé l'hospitalise ou le traite et prenne les mesures nécessaires pour qu'il reçoive des injections, soit anesthésié, ou subisse une intervention chirurgicale.</p> <p>J'autorise également que les informations de la fiche médicale soient transmises aux personnes appropriées lorsque nécessaire.</p> <p>Par ma signature, je dégage les officiers de l'équipe de toute responsabilité d'accidents, de blessures et autres incidents pouvant survenir durant la saison lors de toute activité de l'équipe.</p>

SIGNATURE D'UN PARENT		DATE	Jour / Mois / Année
NOM EN LETTRE MOULÉ		→	