



Association de Ringuette Roussillon
C. P. 164
St-Constant, QC J5A 2G2
www.ringuetteroussillon.ca

Association Sportive de Ringuette de Brossard
8000 boul. Leduc, C.P. 210
Brossard, QC J4Y 0E9
www.ringuettebrossard.com

Fiche de Santé - Saison 2019-2020

Identification

Nom de l'enfant : _____			Date de naissance : _____ (jour / mois / année)		
No. Assurance-Maladie : _____			Expiration : _____ (mois / année)		
Personnes à joindre en cas d'urgence :					
_____		_____		_____	
Nom		Tél. résidence		Autre	
_____		_____		_____	
Nom		Tél. résidence		Autre	

Données Médicales

1. Votre fille souffre-t-elle d'une maladie ou allergie particulière? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Laquelle ? _____ Epipen ou autre système d'injection d'adrénaline Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Soins Particuliers : _____	
2. Doit-elle prendre des médicaments sur une base régulière? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Le ou lesquels ? _____	
3. Porte-elle des verres de contact? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
4. Votre fille a-t-elle déjà subi une fracture? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Laquelle ? _____ Quand ? _____	
5. À quand remonte la dernière injection contre le tétanos? _____	
6. Autres commentaires pertinents sur la santé de votre enfant: _____	

Autorisation Médicale

J'autorise les entraîneurs ou les autorités compétentes à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je les autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état.	
Signature du parent : _____ Date : _____	