



Fiche médicale adulte

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Prénom : _____ Nom : _____ Sexe : M F

Ass. maladie : _____ Expiration : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone en cas d'urgence : Nom : _____ Tél. : _____

Nom : _____ Tél. : _____

Nom : _____ Tél. : _____

RENSEIGNEMENT MÉDICAUX

Souffrez-vous : Asthme Épilepsie Diabète Allergie

Autre précisez : _____

Si vous avez répondu dans l'affirmative à l'une ou plusieurs de ces questions, veuillez nous informer des symptômes précédant l'état de crise et des soins immédiats à apporter afin d'y remédier :

Devez-vous prendre des médicaments? Oui Non

Si oui, précisez lesquels : _____

Portez-vous un bracelet Médic-Alert? Oui Non

Si oui, précisez la raison : _____

***** Si vous devez prendre des médicaments lors de votre présence au stage, veuillez s.v.p. nous rencontrer. Merci ! *****

AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

J'autorise le Club de Voile Deux-Montagnes à m'administrer, si nécessaire, les médicaments ou produits suivants :

Tylénol Polysporin Crème solaire

AUTORISATION ET SIGNATURE

Je soussigné certifie que les renseignements fournis dans cette fiche médicale sont exacts.

Signature : _____ Date : _____

Fiche médicale adulte 2021.docx