



# Fiche médicale jeunesse

## 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

Votre enfant souffre-t-il : 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 :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre enfant doit-il prendre des médicaments? Oui  Non

Si oui, précisez lesquels : \_\_\_\_\_

Votre enfant porte-t-il un bracelet Médic-Alert? Oui  Non

Si oui, précisez la raison : \_\_\_\_\_

**\*\*\*Si votre enfant doit prendre des médicaments lors de sa présence à l'école de voile, veuillez s.v.p. nous rencontrer. Merci !\*\*\***

## AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

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

Tyléno  Polysporin  Crème solaire

## AUTORISATION ET SIGNATURE

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

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Fiche médicale jeune 2021.docx