



Fiche médicale

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Prénom : _____ Nom : _____ Sexe : M F

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Ass. maladie : _____ Expiration : _____

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

Nom : _____ Tél. : _____

Nom : _____ Tél. : _____

RENSEIGNEMENT MÉDICAUX

Le participant 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 :

Le participant doit-il prendre des médicaments? Oui Non

Si oui, précisez lesquels : _____

Le participant porte-t-il un bracelet Médic-Alert? Oui Non

Si oui, précisez la raison : _____

*****Si vous ou 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 : **(Aucun médicaments ne sera administré sans votre autorisation)**

Tyléno Polysporin Crème solaire Benadryl

AUTORISATION ET SIGNATURE

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

Signature : _____ Date : _____