



**CLUB DE SOCCER DE ST-LAMBERT**  
**FICHE MÉDICALE EN CAS D'URGENCE : JOUEUR (JOUeuse) MINEUR (E)**

Dans l'éventualité d'un accident lors d'un match ou d'un entraînement de soccer et qu'un (e) joueur (joueuse) doit être **TRANSPORTÉ (E) D'URGENCE à l'hôpital** et dans le cas où le parent est absent pour accompagner l'enfant, il est primordial que le personnel médical connaisse les antécédents médicaux de la personne accidentée. Dans le but de bien orienter le traitement ou les soins qui seront donnés à votre enfant, nous vous prions de bien vouloir compléter les informations suivantes. Soyez assurés de la confidentialité; de ces informations : seul l'entraîneur les possédera.

<b>Nom du joueur (joueuse) :</b> _____	<b>No carte d'assurance maladie :</b> _____ <b>EXPIRATION :</b> _____
<b>Adresse :</b> _____ _____ _____	<b>Âge :</b> _____ <b>Date de naissance :</b> _____ Jour / mois / année
<b>Personne à contacter en cas d'urgence :</b> _____	<b>Nos de téléphone :</b>
<b>Lien de parenté avec le joueur (joueuse) :</b> _____	<b>Maison :</b> _____ <b>Travail :</b> _____ <b>Cellulaire :</b> _____
<b>Votre enfant est-il allergique à certains médicaments ?</b> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> <b>spécifiez :</b> _____	
<b>Votre enfant souffre-t-il d'autres allergies ?</b> : ex : piqûres d'insectes ou toute autre allergie non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> <b>spécifiez :</b> _____	
<b>Votre enfant souffre-t-il ... ?</b> <b>D'asthme :</b> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> si oui, utilise-t-il (elle) un traitement : _____ <b>De diabète :</b> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> si oui, utilise-t-il (elle) un traitement : _____ <b>D'épilepsie :</b> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> si oui, utilise-t-il (elle) un traitement : _____ <b>Autre :</b> _____ si oui, utilise-t-il (elle) un traitement : _____	
<b>Votre enfant prend-il des médicaments ?</b> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> <b>spécifiez :</b> _____	<b>Votre enfant porte-t-il des verres de contact?</b> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> <b>S.V.P.</b> , veuillez lui <b>conseiller d'apporter sa lunette</b> en cas de besoin...
<b>Autres informations pertinentes :</b> _____ _____	
<b>Par la présente, j'autorise l'entraîneur (e) ou un adulte responsable de l'équipe (ou du club) à prendre les dispositions qu'il (elle) juge nécessaires et les plus appropriées au bien-être de mon enfant.</b>	
<b>Signature :</b> _____	<b>Date :</b> _____

À compléter et retourner le plus rapidement possible à l'entraîneur (e) de votre enfant.