



# CAMP DE HOCKEY PERFORMANCE

## FICHE MÉDICALE

Cette fiche médicale est primordiale pour assurer la sécurité de votre enfant.  
Veuillez la compléter et nous l'apporter lors de la journée du camp.

<b>IDENTIFICATION :</b>			
Nom :		Prénom :	
Camp inscrit :		Date de naissance :	
No. d'ass. Maladie :		Expiration :	
1) Personne à rejoindre en cas d'urgence :			Lien de parenté :
Téléphone :	Cellulaire :	Autre téléphone :	
2) Personne à rejoindre en cas d'urgence :			Lien de parenté :
Téléphone :	Cellulaire :	Autre téléphone :	

DONNÉES MÉDICALES:		Oui	Non	
Physiques :	Trouble de langage (dysphasie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Trouble envahissant du développement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autres, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergies :	Votre enfant a-t-il des allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Si oui (précisez) :			
Médicaments :	Votre enfant prend-il des médicaments durant les heures activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Si oui :	Médicament :	Posologie :	
	Administration :	L'enfant lui-même <input type="checkbox"/>	Moniteur de l'enfant <input type="checkbox"/>	Adulte responsable <input type="checkbox"/>
Activités :	Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épinen, Ana-Kit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Administration :	L'enfant lui-même <input type="checkbox"/>	Moniteur de l'enfant <input type="checkbox"/>	Adulte responsable <input type="checkbox"/>
	Votre enfant a-t-il des restrictions au niveau de l'activité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Si oui (précisez) :			

<b>AUTORISATIONS :</b>	
<b>Autorisation médicale :</b> J'autorise Performance Hockey à prodiguer à mon enfant tous les soins nécessaires. J'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 vous rejoindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injection, anesthésie, hospitalisation, etc.	Signature :  Date :
<b>Autorisation images :</b> J'autorise Performance Hockey à photographier, filmer mon enfant dans le cadre des activités du camp. Je comprends que ce matériel peut être utilisé à des fins de promotions pour Performance Hockey.	Signature :