

FICHE MÉDICALE



IDENTITÉ DU PARTICIPANT :

Prénom : _____
Nom : _____
Date de naissance : _____

PERSONNE (S) À JOINDRE EN CAS D'URGENCE :

Prénom et nom : _____ Lien de parenté : _____
Adresse : _____ Pagette : _____
Téléphone : _____ Cell : _____

Prénom et nom : _____ Lien de parenté : _____
Adresse : _____ Pagette : _____
Téléphone : _____ Cell : _____

INFORMATIONS MÉDICALES :

d'assurance maladie : _____

1- Allergie alimentaire :

Si oui, à quoi ? _____
Type de réaction : _____
Fait-il (elle) usage de médicaments contre les allergies déclarées, tels que épipènes ou autres ? _____
Est-il (elle) capable de s'administrer ses propres médicaments ? _____

2- Allergie à certains médicaments (pénicilline, etc.) ou autres (ex. piqûres d'insectes) :

Si oui, précisez : _____
Type de réaction : _____

3- Maladies (cardiaques, diabète, asthme, convulsions, etc.)

Si oui, précisez : _____
Type de réaction : _____
Fait-il (elle) usage de médicaments contre les maladies déclarées ? _____
Est-il (elle) capable de s'administrer ses propres médicaments ? _____

4- Antécédents médicaux utiles en cas d'urgence : _____

Je certifie que les déclarations faites sur ce présent formulaire sont, à ma connaissance, complètes et exactes.

Signature du parent: _____

Date : _____