



Monumental Soccer

FICHE MÉDICALE

COORDONNÉES DU JOUEUR

Nom du joueur:

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Ville :

Code Postal :

Téléphone :

URGENCE

Nom du père :

Téléphone (jour) :

Nom de la mère :

Téléphone (jour) :

Nom (autre contact):

Lien :

Téléphone :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Assurance maladie :

Date d'expiration :

Votre enfant souffre-t-il?

Asthme :

Diabète :

Épilepsie :

Autres :

Votre enfant a-t-il des allergies?

Oui

Épipen : Oui :

Non :

Non

Spécifiez :

Votre enfant doit-il prendre des médicaments?

Oui

Nom du médicament:

Posologie :

Non

AUTORISATION:

Je, soussigné(e), déclare être titulaire de l'autorité parentale du joueur ci-haut mentionné. Je demande au personnel, de l'équipe ou à tout autre personne désignée par la direction de l'équipe, de me contacter au numéro de téléphone ci-haut mentionné, advenant *que* le joueur soit blessé ou malade et que cela nécessite l'intervention du médecin. Je l'autorise, s'il le juge nécessaire, à confier le joueur sans délais à un médecin, un hôpital, une clinique, ou tout centre médical de son choix et à signer tous les documents requis par les autorités médicales, pour que le joueur reçoive les soins et l'attention médicale nécessaire à son état. Tous les frais de transport, incluant un éventuel transport ambulancier par terre ou par air, seront à ma charge.

J'autorise par la présente le médecin, l'hôpital, la clinique ou un centre médical, à prodiguer au joueur tous les soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou toute autre intervention. J'autorise la divulgation des renseignements contenus dans ce document à toute personne ou Institution médicale ou para médicale s'occupant du joueur.

Je m'engage à entrer en communication sans délai, avec les autorités médicales à qui sera confié le joueur sur demande verbale du personnel de l'équipe, ou d'une personne désignée par la direction de l'équipe.

Signature du parent ou responsable:

Date :