

Informations médicales

No. d'assurance maladie : _____

Historique médical

Détails:

Allergies OUI NON

Asthme (probl. respiratoires) OUI NON

Douleurs à la poitrine OUI NON

Diabète OUI NON

Épilepsie OUI NON

Troubles de l'ouïe OUI NON

Problèmes cardiaques OUI NON

Maux de tête persistants OUI NON

Convulsions OUI NON

Lunettes OUI NON

Verres de contact OUI NON

Blessures (préciser) OUI NON

Médicaments (préciser) OUI NON

Commotions cérébrales OUI NON

Chirurgies récentes OUI NON

Autres : _____

En cas d'urgence, j'autorise LE CLUB DE SOCCER D'AMQUI à faire transporter mon enfant en ambulance dans l'hôpital le plus près.

Signature : _____

Date: _____

Autorisation de prise et publication de photos

J'autorise que mon jeune soit pris en photo par le CLUB DE SOCCER BLIZZARD D'AMQUI à des fins de promotion. J'autorise le club à diffuser dans les journaux, sur leur site internet ou sur leur page *Facebook* des photos de mon enfant en lien avec le soccer.

Aucune photo compromettante ne sera publiée sur la page du club. En tout temps, vous aurez le droit d'exiger le retrait d'une photo.

Signature du parent : _____

Date : _____