



## Informations médicales

No. d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

### Historique médical

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 : \_\_\_\_\_

### Détails:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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 : \_\_\_\_\_