



FICHE SANTÉ-URGENCE

Prénom et nom de l'athlète : _____

Date de naissance : _____

No assurance maladie : _____

Allergie (alimentaire, médicaments) ou maladie (asthme, etc.) s'il y a lieu :

Médicamentation actuelle :

Suivi médical récent (médecin, physiothérapeute, ostéopathe, chiropraticien, etc) : Raison du suivi

Commentaires/Notes/Recommandations :

Personne(s) à contacter EN CAS D'URGENCE :

Nom _____ Téléphone maison : _____

Lien : _____ Téléphone cellulaire : _____

Nom _____ Téléphone maison : _____

Lien : _____ Téléphone cellulaire : _____

Signature d'un parent : _____ Lien : _____