



## Informations en cas d'urgence

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
No. Ass. Maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Père	Mère
Nom, Prénom : _____	Nom, Prénom : _____
Téléphone (domicile) : _____	Téléphone (domicile) : _____
Téléphone (cellulaire) : _____	Téléphone (cellulaire) : _____
Courriel : _____	Courriel : _____

Personne à joindre en cas d'urgence (autre que parents) : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Allergie(s) :  Médicament(s) : \_\_\_\_\_  
 Aliment(s) : \_\_\_\_\_  
 Autre(s) : \_\_\_\_\_

Maladie(s) et/ou condition(s) médicale(s) (ex. : asthme, diabète...) : \_\_\_\_\_

Médicament(s) : \_\_\_\_\_

Verres de contact :  Oui  Non

Autre(s) information(s) pertinente(s) : \_\_\_\_\_

*Je comprends qu'il relève de ma responsabilité d'aviser la direction de l'équipe de tout changement en ce qui concerne les informations ci-dessus le plus tôt possible.*

*Dans l'éventualité où il est impossible de rejoindre une personne responsable, la direction de l'équipe amènera mon enfant à l'hôpital ou chez un médecin si cela s'avère nécessaire.*

*Par la présente, j'autorise le médecin et le personnel infirmier à examiner et à procéder aux traitements nécessaires pour mon enfant.*

*J'autorise également que l'information pertinente soit distribuée aux personnes appropriées (gérant et médecin) lorsque jugé nécessaire.*

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_