

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX _



NOM :		PRÉNOM :	
Date de naissance :	No. Assurance maladie :	Expiration :	
RÉFÉRENCES PRINCIPALES		PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE	
Nom du père :		Nom : _____	
Nom de la mère :		Numéro de téléphone 1) : _____	
Adresse électronique :		Numéro de téléphone 2) : _____	
Numéros de téléphone : (parent, cell, maison, travail...)		Nom : _____	
_____	_____	Numéro de téléphone 1) : _____	
_____	_____	Numéro de téléphone 2) : _____	
_____	_____	Lien avec l'enfant : _____	
Adresse complète: _____		Numéro de téléphone lors des compétitions :	

ÉTAT DE SANTÉ			
Maladies : <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Haute pression <input type="checkbox"/> Basse pression *Autres : _____ *Détails (date, suivi...) _____ _____	Blessures : <input type="checkbox"/> Tendinite <input type="checkbox"/> Entorse <input type="checkbox"/> Déchirure <input type="checkbox"/> À la tête <input type="checkbox"/> Au dos *Autres : _____ *Détails (date, suivi...) _____ _____	Allergies à : _____ _____ Médicaments : _____ _____	
Autres détails que vous jugez importants :			

Signature requise