



FICHE DE SANTÉ

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

_____ Téléphone : _____

Date de naissance : ____/____/____
JJ MM AA

Numéro d'assurance-maladie : _____ Date d'expiration : _____

Personne à rejoindre en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : Rés : _____ Cell : _____

Paget : _____ Autre : _____

Lien avec la famille : ___ parent ___ ami ___ voisin

.....
Votre fille souffre-t-elle de :

	Non	Oui	Fréquence	Traitement à administrer
Allergie				
Asthme				
Diabète				
Épilepsie				
Troubles cardiaques				
Autres				

Énumérer toutes les activités auxquelles votre fille ne peut s'adonner : _____

Au meilleur de notre connaissance, notre fille est en bonne santé.

AUTORISATION DES PARENTS

En signant la présente, j'autorise les responsables de l'équipe de l'ORGANISATION DE RINGUETTE DE BOUCHERVILLE à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. J'autorise également les responsables de l'équipe de l'ORGANISATION DE RINGUETTE DE BOUCHERVILLE à transporter ma fille par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire s'ils le jugent nécessaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les responsables de l'équipe de l'ORGANISATION DE RINGUETTE DE BOUCHERVILLE à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Signature du parent ou tuteur

Date