

FICHE D'INFORMATION

INFORMATIONS PERSONNELLES - JOUEUR

Nom: _____ Prénom: _____
Sexe: _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA): _____
No. Assur. Maladie: _____

INFORMATIONS PERSONNELLES - PARENTS / TUTEURS

Nom du père/tuteur: _____ Nom de la mère/tutrice: _____
Adresse: _____ Adresse (si différente): _____

No. tél résidence: _____ No. tél résidence (si différent): _____
No. Cellulaire: _____ No. Cellulaire: _____
Courriel: _____ Courriel: _____

EN CAS D'URGENCE

Personne à contacter: _____ Lien avec le joueur: _____
No. de téléphone: _____
Autre no. de téléphone: _____

INFORMATIONS MÉDICALES / PROBLÈMES MÉDICAUX

Asthme _____
Allergies Détails: _____
Autre (spécifier): _____

MÉDICAMENTS

Nom du médicament: _____ Posologie: _____
Enfant sait-il comment l'administrer? _____

BLESSURES RÉCENTES

Entorse, foulure, luxation _____
Fracture _____
Commotion / Blessure à la tête _____
Autre (spécifier): _____

AUTORISATIONS ET SIGNATURE

Autorisation à fournir les premiers soins en cas de blessure et à contacter les services ambulanciers lorsque requis.
Oui Non

Autorisez-vous l'Association de Soccer mineur de Baie-Comeau à utiliser l'image de votre enfant dans le cadre d'activités promotionnelles (photos, vidéos, Facebook,...)?
Oui Non

Nom du parent ou tuteur _____ Grandeur Chandail (SVP, encercler)
yXS yS yM yL S M L XL

Signature du parent ou tuteur _____ Date _____