

Nom du patineur / Name of skater

Date de naissance / Date of Birth (YYYY-MON-DD)
No. assurance-maladie / Medicare Card Number

Le patineur habite avec / The skater resides with

Père / Father
Mère / Mother
Tuteur / Guardian

Personne en cas d'urgence (autre que les parents) / Contact in case of emergency (other than parent)

Nom (Il, elle, iel) / Name (He, she, they)
Lien / Relationship

Entraîneur (s) / Coach(s)

Professionnel médical / Medical Professional

Médecin / Physician
Dentiste / Dentist
Autre(s) professionnel(s) / Other professional(s)

Dernier examen médical / Date of Last medical exam* (YYYY-MON-DD)

*Avant qu'un patineur participe à un programme de patinage, toute maladie ou blessure devrait être vérifiée par le médecin du patineur. / Before a skater participates in a skating program, all medical conditions or injuries must be verified by the skaters physician.

Au cours des 12 derniers mois / In the last 12 months

Hospitalisation(s) survenue(s) / Hospitalization (s)
Intervention(s) chirurgicale(s) survenue(s) / Surgical intervention(s)

Maladie(s) survenue(s) * / Medical condition (s)*
*d'une durée de plus d'une semaine / *must be more than 1 week
Blessure(s) survenue(s) / Injury(s)

Commotion(s) cérébrale(s) survenue(s) / Cerebral concussion incident(s)

Vaccination à jour / Vaccination up to date
Port d'un bracelet médical nécessaire ? / Must wear a medical bracelet?

Profil médical / Medical Profile

Prise de médicaments requise / Medication required
Allergies / Allergies
Trouble respiratoire (asthme, difficulté avec efforts, etc. / Respiratory illness
(asthma, breathing difficulties upon exertion, etc.)
Trouble de la vision (lunettes, lentilles, etc. / Vision correction (glasses, contacts, etc.)
Trouble neurologique (épilepsie, sclérose en plaque, etc. / Neurological conditions
(epilepsy, multiple sclerosis, etc.)
Trouble cardiaque / Heart trouble
Diabète (type 1 ou 2) / Diabetes (Type 1 or 2)
Trouble auditif (appareil nécessaire) / Hearing difficulties (hearing aid required)
Trouble de coagulation / Bleeding disorder
Trouble cognitivo-comportemental (TDA(H), TSA, etc. / Cognitive disorder
Appareil dentaire / Braces
Évanouissements fréquents / Frequent Fainting
Migraines fréquente(s) / Frequent Migraines
Autre(s) trouble(s) de santé / Other health problem(s)

Consentement / Consent

Je comprends qu'il relève de ma responsabilité d'aviser aussitôt que possible le directeur local de la sécurité ainsi que mon entraîneur de tout changement en ce qui a trait aux renseignements ci-dessus. Dans l'éventualité où, en cas d'urgence, il est impossible de joindre une personne responsable, un entraîneur ou les personnes responsables de la sécurité du Club, amènera mon enfant à l'hôpital ou chez un médecin, si cela s'avère nécessaire. / I understand that it is my responsibility to notify the local director of safety and my coach as soon as possible of any change in the above information. In the eventuality or, in case of emergency, it is impossible to reach a responsible person, a trainer or the Safety Officer of the club, will bring my child to the hospital or to a doctor, as required.

J'autorise, par la présente, le médecin et le personnel infirmier à examiner et à procéder aux traitements nécessaires pour mon enfant. / I hereby authorize the doctor and the nursing staff to examine and carry out the necessary treatments for my child

J'autorise également que les renseignements pertinents soient distribués aux personnes appropriées (entraîneur, médecin) lorsque cela est jugé nécessaire. / I also authorize that the relevant information be distributed to the appropriate persons (coach, doctor) when deemed necessary.

Date

Date

Signature du patineur / Skaters signature

Signature du parent ou tuteur / Signature of parent or guardian