



# CS Dieppe

## Formulaire médical

Équipe : \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

DATE DE  
NAISSANCE \_\_\_\_\_

AGE \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

VILLE \_\_\_\_\_

PROVINCE \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_

NO. DE TEL  
(MAISON) \_\_\_\_\_

NO. DE TEL  
(CELLULAIRE) \_\_\_\_\_

COURRIEL \_\_\_\_\_

COURRIEL (2) \_\_\_\_\_

NOM DU MEDECIN  
DE FAMILLE \_\_\_\_\_

NO. DE TEL  
(MÉDECIN) \_\_\_\_\_

NO D'ASSURANCE  
MALADIE  
C \_\_\_\_\_

CONTACT EN CAS  
D'URGENCE (1) \_\_\_\_\_

NO. DE TEL  
(URGENCE 1) \_\_\_\_\_

CONTACT EN CAS  
D'URGENCE (2) \_\_\_\_\_

NO. DE TEL  
(URGENCE 2) \_\_\_\_\_

ALLERGIES &  
TRAITEMENT \_\_\_\_\_

PERMISSION  
D'ADMINISTRER

GRAVOL (NAUSÉE)  
TYLENOL/ADVIL (FIÈVRE, DOULEURS)  
BENADRYL (ALLERGIES)

OUI  
 OUI  
 OUI

NON  
 NON  
 NON

AUTRES INFOS : \_\_\_\_\_

SIGNATURE  
(PARENT) \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

### Authorisation:

Je \_\_\_\_\_ (parent ou tuteur), donne l'autorité au staff technique (entraîneurs, gérant(e), directeur technique) d'administrer les premiers soins et de transporter mon enfant \_\_\_\_\_ (nom) à l'hôpital pour être examiné et traité au besoin. CS Dieppe n'est pas responsable en cas d'accident ou blessure impliquant mon enfant.