

**Ligue de hockey amicale**

**fiche médicale**

Ces informations demeureront **confidentielles** et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience réussie!

Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant s’il vous plaît.

Saison :

**1. IDENTIFICATION DE L’ENFANT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prénom : |  | Sexe : |  |
| Nom de famille : |  | Date de naissance : |  |

**2. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES**

|  |  |
| --- | --- |
| Allergies et/ou intolérances? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) Oui □ Non □  Précisez :­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Précisez la sévérité :  Intolérance □  Allergie légère □  Allergie sévère □  Allergie mortelle □  Allergie si ingestion seulement □  Allergie au contact □ |
| Signes ou symptômes à surveiller : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Auto-injecteur d’*Épinéphrine* (*Épipen*, *Twinject* ou autre)  Oui □ Non □ | Personnes autorisées à l’administrer :  L’enfant lui-même □ Adulte responsable □ |

**3. SITUATION DE SANTÉ**

Cochez ce qui est applicable :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Situation de santé | | | Précisions, actions à prendre, etc. | |
| □ | Asthme | |  | |
| □ | Diarrhée | |  | |
| □ | Maux de têtes/migraines fréquents | |  | |
| □ | Menstruations | |  | |
| □ | Nausées fréquentes / Vomissements | |  | |
| □ | Otites fréquentes | |  | |
| □ | Problèmes cardiaques | |  | |
| □ | Saignement de nez | |  | |
| □ | Sinusites | |  | |
| Vaccins à jour? Oui □ Non □ | | Date du dernier vaccin DCT (Tétanos) : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | |
| Vue : □ Excellente □ Suffisante □ Faible  □ Lunettes / verres de contact □ Cécité  □ Guide-accompagnateur □ Canne blanche | | | | Audition : □ Excellente □ Suffisante □ Faible  □ Appareils auditifs (deux oreilles)  □Oreille droite uniquement □ Oreille gauche uniquement |