

 **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 |