**L I G UE DE HO CK E Y A M IC A LE PATINAGE ARTISTIQUE**

**F I C HE ME DI C ALE**

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 : |  |

1. **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  |

1. **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 |

 Je, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consens à transmettre à la Municipalité de Lac-des-Écorces des renseignements personnels me concernant et concernant mon enfant.