**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.