



La persévérance vers l'excellence!

INFORMATIONS MÉDICALES SAISON 2011-2012

CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE RETOURNÉ LORS DE L'INSCRIPTION

SECTION 1 – IDENTIFICATION DU NAGEUR

INFORMATION NAGEUR(SE)			
Nom		Naissance (J/M/A)	
Prénom		No. Ass. Maladie	
		Sexe	
Adresse		Tél. Maison	
		Tél. Cellulaire	
Ville		Tél. Autre	
Province			
Courriel :			

SECTION 2 – IDENTIFICATION DES PARENTS

	PÈRE	MÈRE
Nom		
Prénom		
Adresse		
Ville		
Province		
Tél. Maison		
Tél. Bureau		
Tél. Mobile		
Tél. Autre		
Courriel		

SECTION 3 – PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE PARENTS)

	CONTACT 1	CONTACT 2
Nom		
Tél. Maison		
Tél. Bureau		
Tél. Mobile		
Tél. Autre		

Lien avec le nageur		
----------------------------	--	--

SECTION 4 – ALLERGIES

Allergies	Oui/Non	Allergies	Oui/Non
Pénicilline		Alimentaires (sect.5)	
Animaux		Autres	
Mon enfant est porteur d'un Epipen?			

ALLERGIES ALIMENTAIRES? (Spécifiez)

SECTION 5 – CONDITIONS SPÉCIALES

Conditions	Oui/Non	Conditions	Oui/Non
Arthrite		Rhume des foins	
Asthme		Faiblesse cardiaque	
Enurésie		Troubles menstruels	
Tendance aux saignements		Éruptions cutanées	
Infection de l'oreille		Maux de tête	
Epilepsie		Sinusite	
Évanouissement		Infection de la gorge	
Diabète		Tendance à la maladie	

SECTION 6 – AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ? (Spécifiez)

SECTION 7 – MÉDICATION (Le nageur prend les médicaments suivants)

NOM	DOSAGE	FRÉQUENCE	RAISON

Si vous avez besoin davantage d'espace, veuillez ajouter une feuille de papier avec les détails du ou des médicaments.

En aucun cas, je ne tiendrai GAMIN ou le personnel d'entraîneur responsable pour la prise de médicaments. La prise de médicaments est la responsabilité du nageur.

Date : _____

Signature d'un parent : _____