



**Le club de patinage artistique Les Ailes d'argent de Mont-Laurier**  
**Programme de patinage artistique**  
**Saison 2019-2020**  
**Formulaire médical et permission de voyage**

**Nom du patineur :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_ **No carte d'ass. maladie :** \_\_\_\_\_

Par la présente, je permets au Club de patinage artistique Les Ailes d'argent de Mont-Laurier d'emmener mon enfant, \_\_\_\_\_ par autobus ou voiture personnelle à toutes les compétitions et exhibitions auxquelles participe l'équipe. Je comprends que le Club de patinage artistique Les Ailes d'argent de Mont-Laurier n'est pas tenu responsable de tout accident, incident ou perte de biens personnels qui pourrait se produire durant ces déplacements.

**Signature du parent ou tuteur :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Nous demandons de fournir les renseignements suivants afin d'éviter tout imprévu.**

**Ces renseignements demeureront confidentiels.**

Est-ce que la patineuse souffre du mal des transports ou autres durant les déplacements?

Oui                  Non

Si oui, de quoi a-t-elle besoin? \_\_\_\_\_

Est-ce que le patineur a des problèmes de santé?

Asthme                  Oui                  Non

Saignements de nez    Oui                  Non

Allergies                  Oui                  Non                  Si oui, allergie à \_\_\_\_\_

Migraines                  Oui                  Non

Autres : \_\_\_\_\_

Date du dernier vaccin de rappel contre le tétanos : \_\_\_\_\_

Est-ce que le patineur porte des lunettes, des verres de contact, un protège-dents, etc.

Oui Non

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Est-ce que le patineur a avec elle des médicaments auto-administrés?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Médecin de famille : \_\_\_\_\_ No de téléphone : \_\_\_\_\_

1-Personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

No de téléphone : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

2-Personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

No de téléphone : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Je permets au gérant d'équipe ou aux entraîneurs d'autoriser des traitements médicaux mineurs pour mon enfant.

**Signature du parent ou tuteur :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_