



**Le club de patinage artistique Les Ailes d'argent de Mont-Laurier
Programme de patinage artistique
Saison 2017-2018
Formulaire médical et permission de voyage**

Nom de la patineuse : _____

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 la patineuse 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 la patineuse porte des lunettes, des verres de contact, un protège-dents, etc.

Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

Est-ce que la patineuse 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 :** _____