



FICHE MEDICALE

Inscrire dans les blocs?

NOM: _____

ASS. MALADIE: _____

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

1. _____ TEL: () _____

2. _____ TEL: () _____

3. _____ TEL: () _____

Maladies: _____

Allergies: _____

A besoin d'un Epi-pen: Oui _____ Non _____ Si oui, S.V.P l'apporter aux cours.

Medicaments: _____

Votre enfant, porte-t-il un bracelet Medic-Alert? Yes _____ Non _____

Si oui, donner le numero et la raison: # _____ raison: _____

Autre informations utiles: _____

Par la presnete, j'autorise les responsables du CPAB a prendre, en cas d'urgence, les decisions necessaires pour assurer la santé et la securite de mon enfant et a obtenir tous les avis ou services medicaux requis a la clinique ou a l'hopital si necessaire. J'accepte les responsabilites financieres qui ne seraient pas defrayees par le Regime d'Assurance Maladie du Quebec.

Nom du parent ou tuteur: _____

Signature du parent ou tuteur: _____

Signe le: Jour _____ Mois _____ An _____

Les information's continues sur cette fiche sont tres importatnes.

La securite de votre enfant en depend.