

ACADÉMIE DE SOCCER MIKE ZARMATI

FORMULAIRE DE PERMISSION MÉDICALE

Nom de l'enfant _____ Age _____

No de l'assurance maladie: _____ Date d'expiration: _____

Alerte médicale, allergies, etc. (s.v.p spécifier) _____
_____Si médicament a été prescrit, s'il vous plaît indiquer le type _____

* Si un médicament contre l'asthme a été prescrit pour votre enfant, il/elle doit l'apporter à chaque séance d'entraînement. Dans le cas où votre enfant démontre des signes de difficultés à respirer et qu'il/elle n'a pas apporté son médicament, la personne en charge se réserve le droit, par précaution, de refuser sa participation à l'activité en cours.

Nom du médecin (si disponible) _____

PERMISSION AU TRAITEMENT MÉDICAL

* En cas d'urgence, je donne ma permission à la personne en charge de l'Académie de Soccer Mike Zarmati d'autoriser l'admission de mon enfant au centre hospitalier le plus près, l'accompagner en ambulance et d'accepter tout traitement médical, anesthésie ou autres procédés médicaux considérés nécessaire par le médecin, pour le bien-être de mon enfant si moi ou mon époux/épouse ou le gardien/tuteur légal ne peut être rejoint dans un délai raisonnable. Je comprends que je serai contacté le plus tôt possible ou immédiatement après l'accident.

Nom du parent, tuteur ou gardien légal _____

Adresse maison _____

Téléphone maison _____ # Téléphone autre _____

Téléphone travail _____

Père

Mère

Cellulaire _____

Père

Mère

Gardien _____

Père

Mère

Signature et Relation_____
Date