

Document d'antécédents médicaux (formulaire SF-5)

| DOCUMENT D'ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX | |
|--|---|
| Médicaments | |
| Allergies | |
| Blessures antérieures | |
| Est-ce que vous avez vos médicaments avec vous et savez comment les prendre? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Autres troubles médicaux (verres de contact) : | |
| Nom et numéro de téléphone du médecin : | |
| Nom et numéro de téléphone du dentiste : | |
| Je comprends que si on ne peut contacter qui que ce soit, le personnel ou les bénévoles du club de curling admettront mon enfant à l'hôpital s'ils le jugent nécessaire. Je comprends aussi qu'en aucune circonstance le club de curling, son personnel ou ses bénévoles ne seront responsables du traitement du joueur blessé ou malade. J'autorise le médecin et le personnel infirmier de garde de tout service d'urgence à procéder à l'examen, à l'investigation et au traitement nécessaire de mon enfant. | |
| Signature du parent ou tuteur | |
| Nom (en lettres moulées) | |
| Date | |