



## Club municipal de tennis de Dorval

### Fiche Santé / Sécurité

#### 1. INFORMATION EN CAS D'URGENCE

Nom de l'enfant		Prénom de l'enfant	
No. assurance maladie		Date d'expiration	
Indiquez une personne à contacter en cas d'urgence (autre que parent ou tuteur)			
Nom	Téléphone	Relation avec l'enfant	

#### 2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà été victime d'une blessure grave qui affecterait sur sa participation aux activités?	
Date du dernier vaccin antitétanique:	
Votre enfant souffre-t-il (elle) d'une maladie (ex. asthme, épilepsie, diabète, etc.)?	

#### 3. ALLERGIES

Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Spécifiez
Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies?		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie?		
L'enfant <input type="checkbox"/>	CMTD personnel <input type="checkbox"/>	Posologie :

#### À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer, selon le besoin, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.	Signature du parent responsable
--	---------------------------------

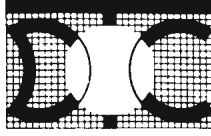
#### 4. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Si oui</b> , noms des médicaments	Posologie	
Autorisez-vous le personnel du CES à administrer ce(s) médicament(s)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Nom des médicaments et posologie		

#### 5. AUTORISATION DES PARENTS

En cas d'urgence, j'autorise le personnel du Club à prendre les mesures nécessaires pour assurer la santé et la sécurité de mon enfant.

Nom et prénom du parent responsable	Signature	Date



## Dorval Municipal Tennis Club Security / Health Information

### 1. INFORMATION IN CASE OF EMERGENCY

Child's Family Name		Child's first name	
Medicare Number		Expiry Date	
Person to contact in case of emergency (other than parent or guardian)			
Name of contact	Phone Number	Relationship to child	

### 2. MEDICAL HISTORY

Has your child suffered a serious injury that could affect his participation in club activities?	
Date of child's last tetanus shot	
Does your child suffer from medical conditions( ex. Asthma, epilepsy, diabetes, etc.)?	

### 3. ALLERGIES

Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Specify:
Does your child carry a dose of adrenaline (Epipen, Ana-Kit) for allergies?		
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
If yes, who is authorized to conserve and administer this medication and what dosage?		
The child <input type="checkbox"/>	DMTC personnel <input type="checkbox"/>	Dosage:

#### PLEASE SIGN IF YOUR CHILD HAS A DOSE OF ADRENALINE

By signing the following, I authorize the persons designated by the Club to administer, according to need in case of an emergency, a dose of adrenaline to my child.	Signature of parent or guardian
--	---------------------------------

### 4. MEDICATION

Does your child take medications?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>If yes, name of medication</b>	Dosage	
Do you authorize DMTC personnel to administer the medication?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Instructions and dose		

### 5. PARENTAL AUTHORIZATION

In the event of an emergency, I authorize DMTC personnel to take the necessary measures to ensure my child's health and safety.

Full name of parent or guardian	Signature	Date