



CLUB AQUATIQUE SALABERRY INC.
100, rue St-Thomas, Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 2J7

FICHE MÉDICALE

NOM: _____ **PRÉNOM:** _____

Date de naissance (aaaa-mm-jj): _____

Numéro assurance maladie: _____ date d'expiration: _____

Personne à rejoindre en cas d'urgence:

Nom : _____

Téléphone : _____ cellulaire: _____

Autre personne à contacter :

Nom : _____

Téléphone : _____ cellulaire: _____

Médecin de famille: _____

Profil médical:

	oui	non
asthme	_____	_____
bursite	_____	_____
bronchite	_____	_____
diabète	_____	_____
épilepsie	_____	_____
hémophilie	_____	_____
otite	_____	_____
problème cardiaque	_____	_____
autres	_____	_____

Médication: _____

Allergies: _____

Épipen: **oui** **non**

Blessures sérieuses antérieures: _____

Autres (prothèses, verres de contact ...) _____
