



**CHELSEA NORDIQ
INFORMATION MÉDICALE ET AUTORISATION
POUR 201_ - 201_**



RENSEIGNEMENTS SUR MEMBRE		DATE DE NAISSANCE	J		M		A	
NOM:								
ADRESSE:								
CODE POSTALE:		TÉLÉPHONE 1:						
TÉLÉPHONE 2:		COURRIEL:						
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE PROVINCIALE :								
ASSURANCE PRIVÉE (NOM DE LA COMPAGNIE ET NUMÉRO DE POLICE) :								
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :								
HAUTEUR:		POIDS:						
TYPE SANGUIN:								
ALLERGIES:								
MÉDICAMENTS:								
HISTORIQUE MÉDICAL / CONDITIONS CONNUES :								
AUTORISATION POUR REÇEVOIR DU TRAITEMENT								
<p>Je, le soussigné, autorise l'entraîneur de l'équipe du Chelsea Nordiq ou le chaperon, dans le cas d'un accident ou d'une maladie, d'autoriser en mon nom toute procédure, incluant l'admission à l'hôpital et tout traitement nécessaire, tel que jugé essentiel pour mon bien-être. Il est compris que tout effort pour contacter mes proches (indiqués ci-dessous) sera fait dès que possible.</p>								
SIGNATURE:		DATE:						
RENSEIGNEMENTS SUR LES PROCHES								
NOM:								
RELATION AVEC MEMBRE:								
ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DE CELLE CI-DESSUS)								
PROVINCE:		CODE POSTALE:						
TÉLÉPHONE 1:		TÉLÉPHONE 2:						