



JEUX 55+ NB 2019

CARAQUET

QUESTIONNAIRE SANTÉ PARTICIPANT/NON-PARTICIPANT

(Cette information concerne le service de santé des Jeux SEULEMENT SI NÉCESSAIRE)

Nom _____ Téléphone _____

Adresse _____ Âge: _____

Fournisseur d'assurance maladie _____

N° de téléphone _____ N° de carte d'assurance _____

Médecin de famille _____ N° de téléphone _____

Personne à joindre en cas d'urgence _____ N° de téléphone _____

État médical (*par exemple, diabète*) _____

Allergies Oui _____ non _____ Si oui, veuillez spécifier _____

**assurez-vous d'avoir vos médicaments contre les allergies sur vous.*

Liste des médicaments actuels et dosages _____

Signature (consentement au traitement)

Date de la signature _____

Remarque : veuillez apporter votre carte d'assurance maladie provinciale/territoriale avec vous.
VOUS DEVEZ PORTER CE QUESTIONNAIRE SANTÉ À L'INTÉRIEUR DE VOTRE INSIGNE PORTE-NOM PENDANT TOUTE LA DURÉE DES JEUX.