



**Bilan de santé personnelle**  
**Personal health statement**

***Renseignements personnels / personal informations:***

Nom / Last name	
Prénom / First name	
Date Naissance (aaaa,mm,jj) / Date of Birth (yyyy,mm,dd)	

***Assurance-voyage / travel insurance:***

Nom de l'assureur / Insurance company	
Téléphone sans frais / Toll free number	
No de certificat / Certificate no	
No de police / Policy no	

***Contact en cas d'urgence / Emergency contact:***

Nom / Name	
Téléphones / phones	

***Bilan de santé :***

Allergies / Allergy	Allergies, décrire / Allergy describe:
Asthme / Asthma	
Diabète / Diabetes	
Épilepsie / Epilepsy	
Infections récentes / Infections	
Opérations antérieures / Operations	
Traumatismes récents / Traumatism	
Médication actuelle / Medication	
Perte de conscience / commotion cérébrale (6 derniers mois) / Cerebral concussion	

Médicament  
Posologie  
Medication  
Posology

--

Explications  
Explanations

Diète speciale  
Special diet

Autorisation for medical care :

I hereby authorize Mr. Jacques Ouimet or his representative to act on my behalf for my daughter \_\_\_\_\_ or for myself, should any situation requiring medical attention occur during the period of February 25 to March 5, 2023, at the “Canada-Florida” Softball training camp in Florida, US.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

