

Emergency & Medical INFORMATION Médicale & d'Urgence

SWIMMER / NAGEUR		d/j	m/m	y/a
Family name / Nom		Given name / Prénom	D.O.B. / Date de naissance	
Medicare card # / Carte Ass. Med.		Expiry date / Expiration		
()	()	()		
☎ Maison/Home	☎ Cell.	☎ Bur./Off.		
Rés./Home E-mail : _____				

1st Person to contact: _____
1^{re} Personne à rejoindre: _____ Relationship / Lien de parenté

☎ day/jour: _____ ☎ night/soir: _____

2nd Person to contact: _____
2^e Personne à rejoindre: _____ Relationship / Lien de parenté

☎ day/jour: _____ ☎ night/soir: _____

Family doctor: _____ ☎
Medecin de famille: _____

RELEVANT MEDICAL HISTORY / RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERTINENTS

<u>yes/oui</u>	<u>no/non</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Illnesses/Maladies: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medication/Médicaments: _____

Other conditions/Autres conditions: _____

(Contact lenses, previous injuries etc....) (verres de contact, blessures antérieures etc....)

In the event of an accident or injury and if I am unable to communicate, I give permission to the appointed representative of the DDO Masters Swim Club to act on my behalf until such time as a member of my family can be reached.
 En cas d'accident ou de blessures et si je suis incapable de communiquer, je donne l'autorisation au représentant mandaté du Club des Maîtres de DDO d'agir en mon nom d'ici qu'un membre de ma famille soit contacté.

_____/_____/20_____
Signature **Date**

(Parent's signature if under 18yrs)(Signature d'un parent si moins de 18ans)