



La Petite Ligue® de Baseball et de Balle Molle
Formulaire de Libération Médicale



ATTENTION: La formulaire d'autorisation de transmission de libération médical ainsi que l'exemplaire d'affidavit doit demeurer en possession de l'équipe.

Nom du Joueur: _____ Date de Naissance: _____

Nom de la ligue: _____ Numéro matricule: _____

Autorisation des parents/tuteur:

En cas d'urgence, si le médecin familial ne peut pas être rejoint, j'autorise mon enfant à être traité par une personne certifiée en cas d'urgence (i.e. EMT, First Responder, Médecin d'urgence)

Nom du médecin de famille: _____ Téléphone: _____

Adresse: _____

Préférence d'Hôpital: _____

En cas d'urgence, contacter:

Nom	Téléphone	relation au joueur
Nom	Téléphone	relation au joueur

Dresser la liste d'allergies/problèmes médicaux, incluant ceux qui requit un maintien de médication. (i.e. Diabétique, Asthme, Crise Médicale)

Diagnostic Médical	médication	posologie	Fréquence de posologie

L'information requise au-dessus assurera que le personnel médical a des détails de problèmes médicaux qui peuvent interférer avec ou changer le traitement nécessaire.

Date de l'injection rappel d'anatoxine tétanique: _____

M./Mme. _____
 Signature de Parent/Tuteur Autoriser

AVERTISSEMENT: Les équipements protecteurs ne préviennent pas toutes les blessures à un joueur durant sa participation à des activités de baseball ou de balle molle.

La Petite Ligue de Baseball ne refuse pas la participation à ses activités sur la base d'un handicap, de la race, des croyances, de la couleur, de l'origine, du sexe ou de la religion.