



Club de Soccer
ST-LAZARE HUDSON
Soccer Club

Mighty Hawks Soccer

Nous vous demandons de remplir ce formulaire et de l'envoyer par courriel à mightyhawks@slhsoccer.com ou de le renvoyer avec votre paiement d'inscription au bureau avant le premier jour du programme.

Nom du joueur

Date de naissance du joueur: (Mois / Jour /
Année) _____

Taille de chemise _____

Carte d'assurance-maladie #:

le diagnostic de votre enfant. Veuillez encercler un ou tous ceux qui s'appliquent
(facultatif) *

Syndrome de Downs du spectre de l'autisme Paralyse cérébrale Difficulté
d'apprentissage
ADHD, Autre: _____

Est-ce que votre enfant a un problème médical dont nous devrions être conscients? Si oui,
veuillez
expliquer: _____

* Pour nous aider à mieux servir votre enfant et en faire une expérience agréable.

Est-ce que votre enfant prend actuellement des médicaments? _____

Est-ce que votre enfant souffre d'allergies alimentaires ou suit un régime spécifique?

Est-ce que votre enfant est verbal? Sinon, quel est leur principal mode de communication? _____

Comment décririez-vous votre enfant? _____

Quelles sont les forces de votre enfant? _____

Quels sont les défis de votre enfant? _____

Votre enfant présente-t-il des difficultés de traitement sensoriel (ex: hypersensibilité ou hypersensibilité aux stimuli tactiles, auditifs, visuels, mouvements?) _____

* Pour nous aider à mieux servir votre enfant et en faire une expérience agréable.

Lorsque votre enfant est frustré ou contrarié, qu'est-ce qui fonctionne le mieux pour le rassurer ou le calmer?

Y a-t-il des informations supplémentaires qui, selon vous, pourraient aider les entraîneurs et les assistants lors de l'interaction avec votre enfant?
