



EMERGENCY MEDICAL INFORMATION RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX EN CAS D'URGENCE

First name • <i>Prénom</i>		Middle name • <i>Autres prénoms</i>		Last name • <i>Nom de famille</i>	
Address (street, apt #, box #) • <i>Adresse (rue, app., C.P.)</i>			City/town • <i>Ville/village</i>	Terr.	Postal code • <i>Code postal</i>
Phone • <i>Téléphone</i>		Date of birth • <i>Date de naissance</i> <small>YYYY/MM/DD • AAAA/MM/JJ</small>		<input type="checkbox"/> Male • <i>Homme</i> <input type="checkbox"/> Female • <i>Femme</i>	
Yukon Health Care Number <i>Numéro d'assurance-santé</i>		Other medical plan and numbers • <i>Autres police d'assurance (inscrire le numéro)</i>			
Languages • <i>Langues parlées</i> : <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Other • <i>Autre</i> _____					
Family doctor(s) • <i>Médecin(s) de famille</i>				Phone • <i>Téléphone</i>	
First emergency contact person • <i>Premier contact en cas d'urgence</i>					
Address • <i>Adresse</i>					
Phone (home and work) • <i>Téléphone (maison et travail)</i>				Relationship • <i>Lien avec la personne</i>	
Second emergency contact person • <i>Deuxième contact en cas d'urgence</i>					
Address • <i>Adresse</i>					
Phone (home and work) • <i>Téléphone (maison et travail)</i>				Relationship • <i>Lien avec la personne</i>	

Do you have • *Souffrez-vous* :

- heart disease • *d'une maladie du coeur*
- high blood pressure • *d'hypertension artérielle*
- diabetes • *de diabète*
- breathing problems • *d'une maladie pulmonaire*
- allergies (provide details below) • *d'allergies (précisez à la page suivante)*

other medical concerns (provide details below) • *autres troubles médicaux (précisez à la page suivante)*

Vision • *Vue*

Do you wear contact lenses/eyeglasses? • *Portez-vous des lentilles/lunettes?*

Yes • *Oui* No • *Non*

Mobility • *Mobilité*

Do you use assistive devices? • *Utilisez-vous des aides fonctionnelles?*

Yes • *Oui* No • *Non*

