



FICHE D'INFORMATION MÉDICALE

Nom : _____

Date de naissance : _____ Jour _____ Mois _____ Année _____

Grandeur : _____ Poids : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

No d'assurance maladie provinciale : _____

Nom de la mère : _____ Nom du père : _____

Numéros de téléphone au travail : Mère _____ Père _____

Autre personne à joindre en cas d'urgence (si les parents ne sont pas disponibles)

Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Nom du médecin : _____ Téléphone : _____

Nom du dentiste : _____ Téléphone : _____

Date du dernier examen médical complet : _____

* Avant qu'un joueur participe à un programme de soccer, toute maladie ou blessure devrait être vérifiée par le médecin de famille du joueur.

Veillez encercler la réponse appropriée et fournir des détails si vous répondez « oui » à une des questions.

Oui Non Commotions cérébrales antérieures

Oui Non Épisodes d'évanouissement pendant l'exercice

Oui Non Épileptique

Oui Non Porte des lunettes

Oui Non Les verres sont-ils incassables?

Oui Non Porte des lentilles cornéennes

Oui Non Porte un appareil dentaire

Oui Non Problème d'ouïe

Oui Non Asthme

Oui Non Trouble respiratoire pendant l'exercice

Oui Non Trouble cardiaque

Oui Non Diabétique – Type 1 _____ Type 2 _____

Oui Non Prend des médicaments

Oui Non Allergies

Oui Non Porte un bracelet ou un collier d'information médical Pourquoi ? _____

Oui Non Problème de santé pouvant nuire à sa participation à une équipe de hockey

FICHE D'INFORMATION MÉDICALE

Oui Non A eu une maladie qui a duré plus d'une semaine au cours de la dernière année et a dû consulter un professionnel de la santé

Oui Non A subi des blessures requérant une intervention médicale au cours de la dernière année

Oui Non Hospitalisé au cours de la dernière année

Oui Non Chirurgie au cours de la dernière année

Oui Non Présentement blessé. Partie corporelle blessée : _____

Oui Non Vaccinations à jour Date du dernier vaccin contre le tétanos : _____

Oui Non Vaccin contre l'hépatite B

Veillez donner des détails si vous avez répondu « Oui » à une ou plusieurs des questions précédentes. Utilisez une autre feuille au besoin.

Médicaments : _____

Allergies : _____

Problèmes de santé : _____

Blessures récentes : _____

Toute information non discutée ci-dessus : _____

Je comprends qu'il relève de ma responsabilité d'aviser aussitôt que possible le préposé à la sécurité de tout changement en ce qui a trait à l'information ci-dessus. Dans l'éventualité où, en cas d'urgence, il est impossible de joindre une personne responsable, la direction de l'équipe amènera mon enfant à l'hôpital ou chez un médecin, si cela s'avère nécessaire.

J'autorise, par la présente, le médecin et le personnel infirmier à examiner et à procéder aux traitements nécessaires pour mon enfant.

J'autorise également que l'information pertinente soit distribuée aux personnes appropriées (entraîneur, médecin) lorsque cela est jugé nécessaire.

Date : _____ Signature du parent ou tuteur : _____