

FICHER MÉDICAL DU JOUEUR

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom du joueur :		Date de naissance : (aaaa / mm / jj)
Adresse complète :		
Téléphone :	N° d'assurance maladie :	Catégorie: U

PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom de la mère :	Nom du père :
Téléphone (travail) :	Téléphone (travail) :
Téléphone (cellulaire) :	Téléphone (cellulaire) :

AUTRE PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom :	Téléphone :
Adresse :	
Lien de parenté avec le joueur :	

PROFIL MÉDICAL

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

Oui Non

Commotions cérébrales antérieures

Épisodes d'évanouissement pendant l'exercice

Épileptique

Porte des lunettes

Les verres sont-ils incassables?

Porte des lentilles cornéennes

Porte un appareil dentaire

Problème d'ouïe

Asthme

Trouble respiratoire pendant l'exercice

Trouble cardiaque

Diabétique – Type 1 _____ Type 2 _____

Prend des médicaments

Allergies

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

Problème de santé pouvant nuire à sa participation à une équipe de soccer

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

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

Hospitalisé au cours de la dernière année

Chirurgie au cours de la dernière année

Présentement blessé – Partie corporelle blessée : _____

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

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médicaments (prends-t-il des médicaments sur une base régulière?) :
Est-il en possession de ses médicaments?
Sait-il administrer ses médicaments?

Allergies (si oui, spécifiez):

Problème de santé :

Blessures récentes :

Toute information non discutée ci-dessus :

CERTIFICATION ET SIGNATURE

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

Signature du parent/tuteur ou joueur (18+) :

Date :

Soyez assuré que les informations recueillies demeureront confidentielles et resteront la propriété de l'entraîneur du club.