



FORMULAIRE D'INFORMATIONS MÉDICALES

Courriel:cpvchateauguay@gmail.com

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom de l'athlète:		Prénom de l'athlète:	
Adresse (numéro et rue):		Ville:	Code Postal:
Date de naissance (jj/mm/aa):		# assurance maladie:	
Nom du 1 ^{er} parent:	Prénom du 1 ^{er} parent:	Téléphone 1 ^{er} parent (maison):	Téléphone 1 ^{er} parent (cellulaire/travail):
Nom du 2 ^e parent:	Prénom du 2 ^e parent:	Téléphone 2 ^e parent (maison):	Téléphone 2 ^e parent (cellulaire/travail):

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom	Lien avec l'athlète	Téléphone

INFORMATIONS MÉDICALES

Question	Oui	Non	Question	Oui	Non
Asthme?	☐	☐	Épilepsie?	☐	☐
Problème cardiaque?	☐	☐	Diabète?	☐	☐
Chirurgie antérieure pouvant affecter sa participation?	☐	☐	Difficulté respiratoire à l'effort?	☐	☐
Porte des lunettes durant le sport? si oui, incassables?	☐	☐	Épisode d'évanouissement pendant l'exercice?	☐	☐
Porte des verres de contact?	☐	☐	Problème auditif?	☐	☐
Porte un appareil dentaire?	☐	☐	Bracelet ou collier MedicAlert?	☐	☐
Présentement blessé? Si oui, précisez :	☐	☐	Allergies? Si oui, précisez:	☐	☐
Blessure antérieure pouvant affecter sa condition physique? Si oui, précisez :	☐	☐	Médication régulière? Si oui, précisez:	☐	☐
Commotion cérébrale antérieure?	☐	☐			
Date dernier examen médical?			Date dernier vaccin contre le tétanos?		
Veuillez indiquer toute autre information pertinente :					

CONSENTEMENT

Toute maladie ou problème lié à une blessures devrait être vérifié par votre médecin avant la pratique du patinage de vitesse. L'entraîneur se réserve le droit de demander un billet du médecin. Je comprends qu'il relève de ma responsabilité d'aviser la direction de l'équipe de tout changement en ce qui a trait à l'information ci-haut aussitôt que possible.

Signature #1 du parent/tuteur : _____ Date : _____

Dans l'éventualité où il est impossible de rejoindre une personne responsable, la direction de l'équipe amènera mon enfant à l'hôpital ou chez un médecin, si cela s'avère nécessaire. Par la présente, j'autorise le médecin et le personnel infirmier à examiner et procéder aux traitements nécessaires pour mon enfant. J'autorise également que l'information pertinente soit distribuée aux personnes appropriées (entraîneur, ambulanciers, médecin) lorsque jugé nécessaire.

Signature #2 du parent/tuteur : _____ Date : _____