



# FICHE MÉDICAL DU JOUEUR



PRÉNOM: \_\_\_\_\_ NOM : \_\_\_\_\_ CATÉGORIE : U - \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ TÉL : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ # ASSURANCE-MALADIE : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE : TÉLÉPHONE

1. NOM \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Soir : \_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_

2. NOM \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Soir : \_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_

3. NOM \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Soir : \_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_

## PROFIL MÉDICAL :

SOUFFRE-T-IL DE...	Oui	Non	EST-IL ALLERGIQUE À ...	Oui	Non
Asthme			Arachides et noix		
Diabète			Aspirine, pénicilline		
Épilepsie			Herbe à puce		
Évanouissement			Piqûres d'insectes		
Problème cardiaque			Produits laitiers		
Problème respiratoire			Autres (précisez)		

## AUTRES PRÉCISIONS :

Votre enfant possède-t-il un système d'injection d'adrénaline en cas d'urgence (Épipen ou autre)? Oui  Non

Votre enfant a-t-il besoin de médication (ex. : inhalateur ou comprimés)? Oui  Non  Précisez : \_\_\_\_\_

Est-il en possession de ses médicaments ? Oui  Non

Sait-il administrer ses médicaments ? Oui  Non

A-t-il eu des blessures sérieuses antérieures ? Oui  Non  Spécifiez \_\_\_\_\_

Porte-t-il des verres de contact ? Oui  Non

AUTRES CONDITIONS NÉCESSITANT DES SOINS PARTICULIERS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ÊTES-VOUS UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ PRÊT À ADMINISTRER LES PREMIERS SOINS?

Mère : OUI  NON

Père : OUI  NON

## TRAITEMENT D'URGENCE

1. Par la présente, j'autorise en cas d'accident ou de maladie, en mon absence du lieu de la pratique ou de la partie, la direction de l'équipe à entreprendre les démarches requises pour consulter un professionnel de la santé ou à hospitaliser mon enfant.

2. Je m'engage à défrayer tous les coûts relatifs aux soins de santé non couverts par la Régie de l'AMQ qui pourraient découler des démarches mentionnées plus haut.

3. Je m'engage à aviser la direction de l'équipe de tout changement en ce qui a trait à l'information ci-dessus.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur si moins de 18 ans

\_\_\_\_\_  
Date