



## DÉPISTAGE MÉDICAL PRÉ-COMPÉTITION - RENSEIGNEMENTS SUR L'ATHLÈTE

Style : (encerclez) LL :  GR :  LF :

Cat. d'âge : (encerclez) SR :  JR :  U19 :  U17 :

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance (jj/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_

Contact d'urgence : \_\_\_\_\_

Relation : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

### INFORMATION MÉDICALE

*Ces renseignements sont strictement confidentiels.*

*Ils ne seront divulgués QU'EN CAS de problème médical relatif à la santé et au bien-être de l'athlète.*

Numéro d'assurance santé : \_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments? OUI :  NON :

Si OUI, spécifiez : \_\_\_\_\_

Allergies (p. ex. piqûres d'abeille, médicaments sur ou sans ordonnance, allergies alimentaires, et ainsi de suite) : OUI :  NON :

Si OUI, spécifiez : \_\_\_\_\_

Antécédents de blessures à la tête ou au cou, et (ou) de commotions? OUI :  NON :

Si OUI, spécifiez : \_\_\_\_\_

Problèmes médicaux (p. ex. problèmes cardiaques, épilepsie) : OUI :  NON :

Si OUI, spécifiez : \_\_\_\_\_

Opérations récentes (six derniers mois) : OUI :  NON :

Si OUI, spécifiez : \_\_\_\_\_

Avez-vous une blessure ou un problème médical pour lequel vous aurez besoin de soutien médical (physiothérapie, massage, chiropractie, médecin) pendant la compétition à venir? OUI :  NON :

Si OUI, spécifiez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'athlète (OBLIGATOIRE)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur (OBLIGATOIRE si l'athlète a moins de 18 ans)

\_\_\_\_\_  
Date

