



## FICHE D'INFORMATIONS MÉDICALES DE L'ATHLÈTE

Nom: \_\_\_\_\_  
Date de naissance (mm/jj/aaaa): \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Province : \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_  
Numéro d'assurance médicale provinciale: \_\_\_\_\_

### Contact en cas d'urgence

Nom : \_\_\_\_\_  
Relation avec l'athlète : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_  
Nom du médecin : \_\_\_\_\_  
Téléphone du médecin : \_\_\_\_\_  
Date du dernier examen médical (mm/jj/aaaa) : \_\_\_\_\_

*Avant qu'u(e)n athlète ne participe à une quelconque activité de lutte, il est recommandé qu'il ou elle passe un examen médical et fasse également vérifier tout problème de santé ou de blessure par son médecin de famille.*

**Veillez cocher la réponse appropriée et donner des détails si vous avez répondu «OUI» à une des questions.**

Médicaments : OUI:  NON:  Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_

Allergies : OUI:  NON:  Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_

Blessures à la tête ou au cou  
ou commotion cérébrale  
antérieures : OUI:  NON:  Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_

Évanouissements,  
étourdissements ou épilepsie : OUI:  NON:  Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_

Problème cardiaque : OUI:  NON:  Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_

Porte des verres de contact  
pendant la lutte : OUI:  NON:  Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_

Porte un protège-dents ou tout  
autre appareil dentaire : OUI:  NON:  Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_

Problème d'audition : OUI:  NON:  Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_

Diabète : OUI:  NON:  Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_

Porte une bracelet  
d'information médicale : OUI:  NON:  Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_

A subi une chirurgie dans les 6  
derniers mois : OUI:  NON:  Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_

Admis(e) à l'hôpital au cours de  
la dernière année : OUI:  NON:  Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_

Blessure ou condition  
requérant un soutien médical  
pendant la compétition : OUI:  NON:  Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_

Je comprends que je suis responsable de tenir WCL informée de tout changement dans les informations ci-dessus dès que possible. En cas d'urgence médicale et si personne ne peut être contacté, WCL et le COH de la compétition prendront les dispositions nécessaires pour emmener l'athlète à l'hôpital ou chez un médecin si cela est jugé nécessaire. J'autorise par la présente le médecin et le personnel médical à procéder à l'examen, à l'investigation et au traitement nécessaire de l'athlète. J'autorise également la divulgation d'informations au personnel approprié si cela est jugé nécessaire.

Date : \_\_\_\_\_ Signature de l'athlète: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Signature du parent ou tuteur: \_\_\_\_\_

