



DÉPISTAGE MÉDICAL PRÉ-COMPÉTITION - RENSEIGNEMENTS SUR L'ATHLÈTE

Style : (s.v.p cocher) LL : GR : LF : Cat. d'âge : (s.v.p cocher) SR : JR : U19 : U17 :

Nom : _____ Date de naissance (mm/jj/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

