



FICHE MÉDICALE

Nom joueur/joueuse: _____

Date de naissance: _____

Numéro assurance maladie (RAMQ): _____

Informations générales

Nom complet: _____ Mère Père Tuteur

Courriel: _____

Téléphone: _____

Adresse complète: _____

Nom complet: _____ Mère Père Tuteur

Courriel: _____

Téléphone: _____

Adresse complète: _____

Personne à contacter (autre que les parents) en cas d'urgence

Nom: _____

Lien: _____

Téléphone: _____

PROFIL MÉDICAL DU JOUEUR/JOUEUSE

PROBLÈME DE SANTÉ	NON	OUI	Médication	ALLERGIE	NON	OUI	Médication
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Noix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Arachides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Herbe à puces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problème cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Produits laitiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problème respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	***ÉPIPEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Autres (Précisez):

Autres (Précisez):

VOTRE ENFANT,

Est-ce qu'il prend une médication sur une base régulière?

Est-il en possession de ses médicaments?

Est-ce qu'il peut s'administrer ses médicaments seul?

Est-ce qu'il a des blessures antérieures sérieuses?

Est-ce qu'il porte un bracelet "Médic Alerte"?

Est-ce qu'il porte des lunettes ou verres de contact?

NON

OUI

PRÉCISEZ:

Est-ce que votre enfant vit avec un besoin particulier que

l'entraîneur devrait être mis au courant pour faciliter

l'apprentissage de votre enfant?

TRAITEMENT D'URGENCE

Par la présente, j'autorise, en cas de blessure ou de maladie du joueur susmentionné alors que je suis absent du lieu de pratique ou de la partie, le personnel d'encadrement de l'équipe à entreprendre les démarches requises pour faire les premiers soins (blessures mineures) ou le transport du joueur vers un établissement de santé.

Je m'engage à rembourser les frais de transport du joueur vers un établissement de santé et à défrayer tous les coûts relatifs aux soins de santé non couverts par la Régie de l'Assurance Maladie du Québec ou par le programme d'assurance accident de Soccer Québec.

Je m'engage à aviser le personnel d'encadrement de l'équipe de tout changement en ce qui a trait à l'information médicale.

Nom du parent: _____

Mère

Père

Tuteur

Signature du parent: _____

Date: _____

Signature du joueur/joueuse: _____

Date: _____

SVP, veuillez remplir, signer et remettre ce document à la gérante d'équipe.

Ce document demeure la propriété du Club de Soccer Boréal Rouyn-Noranda