

FICHE D'INFORMATION MÉDICALE

Nom : _____

Date de naissance : _____ Jour _____ Mois _____ Année _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Téléphone : (_____) _____ Cell. : (_____) _____

N° d'assurance maladie provinciale (facultatif) : _____

Nom du parent : _____ Nom du parent : _____

Numéros de téléphone au travail : Parent (_____) _____ Parent (_____) _____

Autre personne à joindre en cas d'urgence (si les parents ne sont pas disponibles)

Nom : _____

Téléphone : (_____) _____ Cell. : (_____) _____ Lien avec le joueur : _____

Adresse : _____

Nom du médecin : _____ Téléphone : (_____) _____

Nom du dentiste : _____ Téléphone : (_____) _____

Date du dernier examen médical complet :

* Avant qu'un joueur participe à un programme de hockey, toute maladie ou blessure devrait être vérifiée par le médecin de famille du joueur.

Veillez encercler la réponse appropriée et fournir des détails si vous répondez « oui » à une des questions.

- | | | |
|-----|-----|--|
| Oui | Non | Prend des médicaments |
| Oui | Non | Allergies |
| Oui | Non | Commotions cérébrales antérieures |
| Oui | Non | Épisodes d'évanouissement pendant l'exercice |
| Oui | Non | Crises ou épilepsie |
| Oui | Non | Porte des lunettes |
| Oui | Non | Les verres sont-ils incassables? |
| Oui | Non | Porte des lentilles cornéennes |
| Oui | Non | Porte un appareil dentaire |
| Oui | Non | Problème d'ouïe |
| Oui | Non | Asthme |
| Oui | Non | Trouble respiratoire pendant l'exercice |
| Oui | Non | Trouble cardiaque |
| Oui | Non | Antécédents familiaux de troubles cardiaques |
| Oui | Non | Diabète Type 1 _____ Type 2 _____ |

Nom _____

- Oui Non Porte un bracelet ou un collier d'information medical Pourquoi? _____
- Oui Non Problème de santé pouvant nuire à sa participation à une équipe de hockey
- Oui Non A eu une maladie qui a duré plus d'une semaine au cours de la dernière année et a dû consulter un professionnel de la santé
- Oui Non A subi des blessures requérant une intervention médicale au cours de la dernière année Oui
Non Hospitalisé au cours de la dernière année
- Oui Non Chirurgie au cours de la dernière année
- Oui Non Présentement blessé. Partie corporelle blessée : _____
- Oui Non Vaccinations à jour
Date du dernier vaccin contre le tétanos : _____
- Oui Non Vaccin contre l'hépatite B

Veillez donner des détails si vous avez répondu « Oui » à une ou plusieurs des questions précédentes. Utilisez une autre feuille au besoin.

Médicaments : _____

Allergies : _____

Problèmes de santé : _____

Blessures récentes : _____

Toute information non discutée ci-dessus : _____

Je comprends qu'il relève de ma responsabilité d'aviser aussitôt que possible le préposé à la sécurité de tout changement en ce qui a trait à l'information ci-dessus. Dans l'éventualité où, en cas d'urgence, il est impossible de joindre une personne responsable, la direction de l'équipe amènera mon enfant à l'hôpital ou chez un médecin, si cela s'avère nécessaire.

J'autorise, par la présente, le médecin et le personnel infirmier à examiner et à procéder aux traitements nécessaires pour mon enfant.

J'autorise également que l'information pertinente soit distribuée aux personnes appropriées (entraîneur, médecin) lorsque cela est jugé nécessaire.

Date : _____ Signature du joueur : _____

Date : _____ Signature du parent ou tuteur : _____