

## FEUILLE D'INFORMATION MÉDICALE DU JOUEUR

Nom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

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

Code postal: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie: \_\_\_\_\_

Nom de la mère: \_\_\_\_\_ Nom du père: \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone au travail: Mère: \_\_\_\_\_ Père: \_\_\_\_\_

Personne à rejoindre en cas d'accident ou d'urgence, si les parents ne sont pas disponibles.

Nom: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

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

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Nom du dentiste: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Veillez encercler la réponse appropriée ayant trait à votre enfant.

Oui	Non	Épisodes de commotion cérébrale
Oui	Non	Épisodes d'évanouissement pendant l'exercice
Oui	Non	Épileptique
Oui	Non	Porte des lunettes
Oui	Non	Les verres sont-ils incassables?
Oui	Non	Porte des verres de contact
Oui	Non	Porte des appareils dentaires
Oui	Non	Problèmes d'ouïe
Oui	Non	Asthme
Oui	Non	Problème de respiration pendant l'exercice
Oui	Non	Problème cardiaque
Oui	Non	Diabétique
Oui	Non	A eu une maladie qui a duré plus d'une semaine au cours de la dernière année
Oui	Non	Prend des médicaments
Oui	Non	Allergies



- |     |     |  |
|-----|-----|--|
| Oui | Non | Porte un bracelet ou un collier «Medic Alert»  |
| Oui | Non | Est-ce que votre enfant a un problème de santé qui pourrait nuire à sa participation au sein d'une équipe de hockey? |
| Oui | Non | Opération au cours de la dernière année.   |
| Oui | Non | Est allé à l'hôpital au cours de la dernière année.  |
| Oui | Non | A eu des blessures nécessitant des soins médicaux au cours de la dernière année.                                     |
| Oui | Non | Est présentement blessé.   |

Veuillez donner des détails si vous avez répondu «Oui» à une des questions précédentes.

---

---

---

---

---

Utilisez une autre feuille au besoin.

Médicaments: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

Maladie: \_\_\_\_\_

Blessures récentes: \_\_\_\_\_

Dernière injection contre le tétanos: \_\_\_\_\_

Toute information non-discutée ci-haut: \_\_\_\_\_

Date du dernier examen médical complet: \_\_\_\_\_

\* Toute maladie ou problème lié à une blessure devrait être vérifié par votre médecin avant la participation à un programme de hockey.

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

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

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

Date : \_\_\_\_\_ Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_