



# CLUB DE SOCCER DE CANTLEY

## Fiche médicale du joueur

### Renseignements généraux

Prénom	Nom	Catégorie <b>U-</b>
Adresse		Téléphone
Ville	Province	Code postal

### Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom	Lien	Jour	Téléphone	
			Soir	Cell

### Profil Médical

Souffre-t-il de...			Est-il allergique à...		
	Oui	Non		Oui	Non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arachides et noix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirine, pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herbe à puce	<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"/>	Autres (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Autre précisions:

Oui Non

Prends-t-il des médicaments sur une bas régulière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spécifiez _____
Est-il en possession de ses médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sait-il administrer ses médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A-t-il eu des blessures sérieuses antérieures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spécifiez _____
Porte-t-il des verres de contact ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Autres conditions nécessitant des soins particuliers \_\_\_\_\_

Êtes-vous un professionnel de la santé prêt à administrer les premiers soins ?

Oui  Non  Et votre conjoint ? Oui  Non

### Traitement d'urgence

- Par la présente, j'autorise en cas d'accident ou de maladie, en mon absence du lieu de la pratique ou de la partie, la direction de l'équipe à entreprendre les démarches requises pour consulter un professionnel de la santé ou à hospitaliser mon enfant.
- Je m'engage à défrayer tous les coûts relatifs aux soins de santé non couvert par la Régie de l'AMQ qui pourraient découler des démarches mentionnées plus haut.
- Je m'engage à aviser la direction de l'équipe de tout changement en ce qui a trait à l'information ci-dessus.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur si moins de 18 ans

\_\_\_\_\_  
Date