



CLUB DE SOCCER DES COLLINES

Fiche médicale du joueur

Renseignements généraux		
Prénom	Nom	Catégorie U-
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	
Prend-il des médicaments sur une base 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
1. 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.
2. 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.
3. 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