



FICHE MÉDICALE

Il est obligatoire de compléter cette fiche médicale

Infos joueur

Nom du joueur		Prénom du joueur	
Date de naissance		Sexe	
Âge		Courriel	
Téléphone (résidence)		Cellulaire	

Infos adresse postale

Boîte postal		Adresse	
Appartement		Ville	
Province		Code Postal	

Infos parents

Mère

Nom		Prénom	
Téléphone (résidence)		Téléphone (bureau)	
Cellulaire		Courriel principal	
Courriel secondaire		Note	

Père

Nom		Prénom	
Téléphone (résidence)		Téléphone (bureau)	
Cellulaire		Courriel principal	
Courriel secondaire		Note	

Personne à contacter (autre que parents) au cas où les parents ne sont pas joignables

Nom		Prénom	
Lien		Téléphone (résidence)	
Téléphone (bureau)		Cellulaire	

Initial : _____



Profil médical du joueur

Maladie	Oui	Non	Allergie	Oui	Non
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"/>	Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui lesquels		
Problème cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herbe à puce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Produits laitiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez)			Autres (précisez)		
Besoin d'un Épi Pen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Si oui, peut-il se l'administrer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Votre enfant :	Oui	Non	Spécifiez
Prend-il des médicaments sur une base régulière?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Est-il en possession de ses médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Est-ce qu'il peut s'administrer ses médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Est-ce qu'il a des blessures antérieures sérieuses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Est-ce qu'il porte un bracelet « Médic Alert »?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Est-ce qu'il porte des lunettes ou verres de contact?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Autres condition demandant des soins particuliers :

--

Autorisation de donner ou superviser la prise d'un médicament

Infos	Oui	Non	Spécifiez les médicaments
Donner des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Superviser la prise d'un médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Numéro d'assurance maladie (Obligatoire)			

Initial : _____



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, la direction de l'équipe à entreprendre les démarches requises pour faire les premiers soins (blessures mineures, Advil, Tynelol) ou le transport du joueur dans un établissement de santé ou chez un professionnel de la santé.

Je m'engage à rembourser les frais de transport du joueur dans un établissement de santé ou chez un professionnel de la 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 la Fédération de Soccer du Québec.

Je m'engage à aviser la direction de l'équipe et du club de tout changement en ce qui a trait à l'information médicale.

Nom du
parent

Mère Père Tuteur

Signature parent : _____

Date : _____

Signature joueur : _____

Date : _____

Remplir le document, le signer et le remettre au personnel du Club.

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

Initial : _____