

CLUB DE SOCCER
Fiche médicale du joueur

PRÉNOM : _____ NOM : _____
 ADRESSE : _____ TÉL : _____
 VILLE : _____ CODE POSTAL : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____ # ASSURANCE-MALADIE : _____ - _____ - _____
 POIDS : _____ TAILLE : _____
 MÈRE : _____ ADRESSE : _____
 COURRIEL : _____ TÉL : _____
 PÈRE : _____ ADRESSE : _____
 COURRIEL : _____ TÉL : _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

TÉLÉPHONE

1. NOM _____ Lien : _____ Soir : _____ Jour : _____ Cell. : _____
 2. NOM _____ Lien : _____ Soir : _____ Jour : _____ Cell. : _____
 3. NOM _____ Lien : _____ Soir : _____ Jour : _____ Cell. : _____

PROFIL MÉDICAL :

SOUFFRE-T-IL DE...	Oui	Non		Oui	Non
Asthme			Problème d'ouïe		
Diabète			Port d'appareils dentaires		
Épilepsie			Port de lunettes		
Évanouissement			Port de verres de contact		
Problème cardiaque			Allergie (précisez)		
Problème respiratoire			Autres (précisez)		
Commotion cérébrale					

AUTRES PRÉCISIONS :	Oui	Non	
Prend-t-il des médicaments sur une base régulière ?			Spécifiez :
Est-il toujours en possession de ses médicaments ?			
Sait-il administrer ses médicaments ?			
A-t-il eu des blessures sérieuses antérieurement?			Spécifiez :
A-t-il été hospitalisé lors de la dernière année ?			Spécifiez :
Est-il en attente d'un diagnostic ?			Spécifiez :

NOM DU MÉDECIN _____ TÉLÉPHONE : _____

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 couverts 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