Annexe I : Déclaration Médicale

Équipe :
Nom _____
Prénom _____ No ass-maladies : _____ expire année _____
Adresse rue: _____ **Lieux de Naissance _____**
Ville: _____ Code postal: _____-_____

……

Nom de la Mère _____ Nom du Père _____
No Téléphone Mère Maison ( ) _____-_____ No téléphone Père Maison ( ) _____-_____
Travail ( ) _____-_____ Travail ( ) _____-_____ **No cellulaire du joueur ( ) _____-_____**

……

À remplir par le Joueur et son parent ou tuteur:

Veuillez répondre aux questions suivantes de ce formulaire. Cocher tout ce qui s'applique, et indiquez la date, passée ou actuelle. Dans l'affirmative, veuillez donner plus d'information. Dans l`espace prévu plus bas, au besoin joignez des feuilles supplémentaires.

01. [ ] oui [ ] non Allergies
02. [ ] oui [ ] non Asthme
03. [ ] oui [ ] non Diabète
05. [ ] oui [ ] non Trouble alimentaire
06. [ ] oui [ ] non Épilepsie / crises épileptiques
07. [ ] oui [ ] non Insomnie fréquente
08. [ ] oui [ ] non Maladie du cœur
09. [ ] oui [ ] non Hypoglycémie
10. [ ] oui [ ] non Épisodes de commotion cérébrale
11. [ ] oui [ ] non Épisode d`évanouissement pendant l`exercice
12. [ ] oui [ ] non Problème de respiration pendant l`exercice
13. [ ] oui [ ] non A eu une maladie qui a duré plus d`une semaine au cours de la dernière année
14. [ ] oui [ ] non Porte des lunette [ ]oui [ ]non les verres sont-il incassable
15. [ ] oui [ ] non porte des verres de contact [ ]oui [ ]non oeil gauche [ ]oui [ ]non œil droit 16. [ ] oui [ ] non porte des appareils dentaires
17. [ ] oui [ ] non Problème d`ouïe [ ]oui [ ]non oreille gauche [ ]oui [ ]non oreille droite
18. [ ] oui [ ] non Douleur à l'épaule, au genou, au dos
19. [ ] oui [ ] non Trouble thyroïdien
20. [ ] oui [ ] non Porter un bracelet d'urgence santé ?
21. [ ] oui [ ] non Avez-vous subi des blessures qui ont exigé une visite à l'hôpital ou en salle d'urgence (c.-à-d. accident majeur, etc.) Dans l'affirmative, quand et pourquoi_____ 22. [ ] oui [ ] non Avez-vous déjà été hospitalisé(e)
Dans l'affirmative, quand et pourquoi?_____
23. [ ] oui [ ] non Avez-vous déjà subi une intervention chirurgical
Dans l'affirmative, quand et pourquoi ?_____
Quel est votre état à la suite de cette chirurgie ?_____ 24. [ ] oui [ ] non Prenez-vous actuellement des médicaments ?
Dans l'affirmative, lesquels et pourquoi ?_____

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

_____
_____
_____

En signant ce document, je certifie que toute l'information médicale et psychologique que j'ai fournie était précise et complète; je préviendrai _____ de tout changement subséquent pertinent dans mon état de santé qui surviendra avant le début de la saison.

Signature du Joueur _____
Date _____/_____/ 2013
_____ (Lien avec le joueur) _____
Signature du Parent ou Tuteur