



## FICHE D'INFORMATION MÉDICALE DU JOUEUR

### RENSEIGNEMENT SUR LE JOUEUR

Nom du joueur :		Date de naissance : ( aaaa / mm / jj )	
Adresse :			
Téléphone :		N° d'assurance maladie :	Expiration :

### RENSEIGNEMENT SUR LES PARENTS

Nom de la <b>mère</b> :		Nom du <b>père</b> :	
Téléphone (travail) :		Téléphone (travail) :	
Téléphone (cellulaire) :		Téléphone (cellulaire) :	

### AUTRE PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE (si les parents ne sont pas disponibles)

Nom :		Téléphone :	
Adresse :			
Lien de parenté avec le joueur :			

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom du médecin :		Téléphone :	
Nom du dentiste :		Téléphone :	

Date du dernier examen médical complet :

\* Avant qu'un joueur participe à un programme de soccer, toute maladie ou blessure devrait être vérifiée par le médecin de famille du joueur.

Veillez encercler la réponse appropriée et fournir des détails si vous répondez « oui » à une des questions.

- |     |     |   |
|-----|-----|---|
| Oui | Non | Commotions cérébrales antérieures   |
| Oui | Non | Épisodes d'évanouissement pendant l'exercice  |
| Oui | Non | Épileptique   |
| Oui | Non | Porte des lunettes  |
| Oui | Non | Les verres sont-ils incassables?  |
| Oui | Non | Porte des lentilles cornéennes  |
| Oui | Non | Porte un appareil dentaire  |
| Oui | Non | Problème d'ouïe   |
| Oui | Non | Asthme  |
| Oui | Non | Trouble respiratoire pendant l'exercice   |
| Oui | Non | Trouble cardiaque   |
| Oui | Non | Diabétique – Type 1 _____ Type 2 _____  |
| Oui | Non | Prend des médicaments   |
| Oui | Non | Allergies   |
| Oui | Non | Porte un bracelet ou un collier d'information médical – Pourquoi? _____   |
| Oui | Non | Problème de santé pouvant nuire à sa participation à une équipe de soccer   |
| Oui | Non | A eu une maladie qui a duré plus d'une semaine au cours de la dernière année et a dû consulter un professionnel de la santé |
| Oui | Non | A subi des blessures requérant une intervention médicale au cours de la dernière année                                      |
| Oui | Non | Hospitalisé au cours de la dernière année   |
| Oui | Non | Chirurgie au cours de la dernière année   |
| Oui | Non | Présentement blessé – Partie corporelle blessée : _____   |
| Oui | Non | Vaccinations à jour – Date du dernier vaccin contre le tétanos : _____  |
| Oui | Non | Vaccin contre l'hépatite B  |



**Veillez donner des détails si vous avez répondu « Oui » à une ou plusieurs des questions précédentes. Utilisez une autre feuille au besoin.**

---

---

---

---

---

---

---

---

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médicaments :

Allergies :

Problème de santé :

Blessures récentes :

Toute information non discutée ci-dessus :

## CERTIFICATION ET SIGNATURE

Je comprends qu'il relève de ma responsabilité d'aviser aussitôt que possible le préposé à la sécurité de tout changement en ce qui a trait à l'information ci-dessus. Dans l'éventualité où, en cas d'urgence, il est impossible de joindre une personne responsable, la direction de l'équipe amènera mon enfant à l'hôpital ou chez un médecin, si cela s'avère nécessaire.

J'autorise, par la présente, le médecin et le personnel infirmier à examiner et à procéder aux traitements nécessaires pour mon enfant.

J'autorise également que l'information pertinente soit distribuée aux personnes appropriées (entraîneur, médecin) lorsque cela est jugé nécessaire.

Signature du parent/tuteur ou joueur (18+) :

Date :

Avis de non-responsabilité : L'information de nature personnelle utilisée, divulguée, obtenue ou conservée par le Club de Soccer Mont-Royal Outremont (CS MRO) ne sera conservée qu'aux fins pour lesquelles elle a été recueillie conformément aux principes nationaux sur la vie privée énoncés dans la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques et dans la politique de Club de Soccer Mont-Royal Outremont (CS MRO) sur la vie privée.