



# Club de Patinage de Vitesse des Trois-Lacs

## INFORMATIONS MÉDICALES

### INFORMATIONS PERSONNELLES

<b>Nom</b>		<b>Prénom</b>
<b>Adresse (N° et rue)</b>		<b>Ville</b>
<b>Code postal</b>		
<b>Date de naissance (jj/mm/aa)</b>		<b>N° d'Assurance- maladie</b>
<b>Nom du père</b>	<b>Prénom du père</b>	<b>Tél. maison / bureau</b>
<b>Nom de la mère</b>	<b>Prénom de la mère</b>	<b>Tél. maison / bureau</b>
<b>Personnes à contacter en cas d'urgence si les parents ne sont pas disponibles :</b>		
<b>Nom</b>		<b>Tél. maison / bureau</b>
<b>Nom du médecin</b>		<b>Tél.</b>
<b>Nom du dentiste</b>		<b>Tél.</b>

### INFORMATIONS MÉDICALES

SVP cocher les réponses appropriées.

	Oui	Non		Oui	Non
Asthmatique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Présentement blessé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épileptique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blessure nécessitant des soins médicaux dans l'année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabétique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épisodes de commotion cérébrale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opération dans la dernière année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes cardiaques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie de plus d'une semaine dans la dernière année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes d'ouïe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Porte des lunettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de respiration pendant l'exercice ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si porte des lunettes, les verres sont-ils incassables ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épisodes d'évanouissement pendant l'exercice ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Porte des verres de contact ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prend des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Porte des appareils dentaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porte un bracelet ou un collier Medic Alert ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre (si oui, donner les détails plus bas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SVP remplir le tableau suivant.

<b>Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions, veuillez donner plus de détails ici :</b>	<b>Médicaments :</b>
	<b>Allergies :</b>
	<b>Maladies :</b>
	<b>Blessures :</b>
	<b>Date de la dernière injection contre le tétanos :</b>
	<b>Date du dernier examen médical complet :</b>
<b>Veillez indiquer ici toutes autres informations pertinentes :</b>	

### CONSENTEMENT

Toute maladie ou problème lié à une blessures devrait être vérifié par votre médecin avant la pratique du patinage de vitesse. L'entraîneur se réserve le droit de demander un billet du médecin. Je comprends qu'il relève de ma responsabilité d'aviser la direction de l'équipe de tout changement en ce qui a trait à l'information ci-haut aussitôt que possible et que, dans l'éventualité où il est impossible de rejoindre une personne responsable, la direction de l'équipe amènera mon enfant à l'hôpital ou chez un médecin, si cela s'avère nécessaire. Par la présente, j'autorise le médecin et le personnel infirmier à examiner et procéder aux traitements nécessaires pour mon enfant. J'autorise également que l'information pertinente soit distribuée aux personnes appropriées (entraîneur, ambulanciers, médecin) lorsque jugé nécessaire.

Date : \_\_\_\_\_

Signature du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_



# Club de Patinage de Vitesse des Trois-Lacs

## MEDICAL INFORMATION

### PERSONAL INFORMATION

<b>Surname</b>		<b>Name</b>	
<b>Address (N° and street)</b>		<b>City</b>	
<b>Postal Code</b>			
<b>Birthday (dd/mm/yy)</b>		<b>Medicare N°</b>	
<b>Father's surname</b>	<b>Father's name</b>	<b>Phone (home/work)</b>	
<b>Mother's surname</b>	<b>Mother's name</b>	<b>Phone (home/work)</b>	
<b>Persons to reach in case of emergency if the parents are not available:</b>			
<b>Name</b>		<b>Phone (home/work)</b>	
<b>Dortor's name</b>		<b>Phone</b>	
<b>Dentist's name</b>		<b>Phone</b>	

### MEDICAL INFORMATION

Please tick off the appropriate answers.

	Yes	No		Yes	No
Asthma ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presently injured ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epileptic ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Injury requiring medical treatment during last year ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetic ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Episodes of cerebral concussion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergic ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operation in the last year ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiac problems ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Was sick for more than a week last year ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hearing problems ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wears glasses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiratory problems during exercise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If wear glasses, are they unbreakable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Episodes of fainting during exercise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wears contact lenses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Takes medication ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wears a dental piece ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wears a Medic Alert bracelet or collar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (if so, give the details below)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please fill the following table.

<b>If you answered « yes » to one of the above questions, give more details here :</b>	<b>Medications :</b>
	<b>Allergies :</b>
	<b>Sickness :</b>
	<b>Injuries :</b>
	<b>Date of last tetanus vaccine :</b>
	<b>Date of last complete medical examination :</b>
<b>Please indicate here any other pertinent information :</b>	

### ACCEPTATION

All diseases or problems related to an injury should be checked out by a doctor before the practice of speed skating. The coach will reserve the right to demand a doctor's note. I understand that it is my responsibility to advise the club of all changes concerning the above information given as soon as possible and in the eventuality that it is impossible to reach the person responsible, the club will bring my child to the hospital or to the doctors if necessary. I, hereby, authorize the doctor and medical personal to examine and to proceed to the treatment necessary for my child. I also authorize that pertinent information be given to the appropriate persons (coach, medics, doctor) if necessary.

Date : \_\_\_\_\_

Parent or guardian signature: \_\_\_\_\_