



CLUB DE PATINAGE DE VITESSE DES TROIS-LACS

INFORMATIONS MÉDICALES

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom		Prénom	
Adresse (N° et rue)		Ville	Code postal
Date de naissance (jj/mm/aa)		N° d'Assurance- maladie	
Nom du 1 ^{er} parent	Prénom du 1 ^{er} parent	Tél. 1 ^{er} parent (maison)	Tél. 1 ^{er} parent (cellulaire/ bureau)
Nom du 2 ^e parent	Prénom du 2 ^e parent	Tél. 2 ^e parent (maison)	Tél. 2 ^e parent (cellulaire/ bureau)
Personnes à contacter en cas d'urgence si les parents ne sont pas disponibles :			
Nom		Lien	Tél.
Nom		Lien	Tél.

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.

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

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 : _____