PCASA - PLAYER MEDICAL FORM

PLAYER INFORMATION:

LAST NAME: _____ Home #: _____

FIRST NAME: _____

ADDRESS: _____

CITY: _____ BIRTHDATE: YYYY/MM/DD

POSTAL CODE: _____ RAMQ #: - -

EMERGENCY CONTACTS:

NAME	Relationship to player	Home #	Cell #

MEDICAL PROFILE:

PHYSICIAN: _____ Office #: _____

DENTIST: _____ Office #: _____

Does your child suffer from…		
Asthma	YES	NO
Diabetes	YES	NO
Epilepsy	YES	NO
Fainting	YES	NO
Cardiac Problems	YES	NO
Hearing Problems	YES	NO
Respiratory Problems	YES	NO

Is your child allergic to…		
Peanuts and / or nuts	YES	NO
Aspirin, Penicillin	YES	NO
Poison Ivy	YES	NO
Insect bites	YES	NO
Dairy products	YES	NO
Other (specify)		

Other information regarding your child…			
Takes medicine on a regular basis?	YES	NO	Specify:
Is in possession of his/her medication?	YES	NO	
Knows how to administer his/her medication?	YES	NO	
Wears contact lenses?	YES	NO	

Other conditions:

AUTHORIZATION FOR EMERGENCY TREATMENT:

1. As the parent / legal guardian, I request that in my absence the above-named player be admitted to any hospital or medical facility for diagnosis and treatment. I request and authorize physicians, dentists and staff, duly licensed as Doctors of Medicine or Doctors of Dentistry or other such licensed technicians or nurses, to perform any diagnostic procedures, treatment procedures, operative procedures and x-ray treatment of the above minor. I have not been given a guarantee as to the results of examination or treatment.

2. I undertake to incur all costs related to health care not covered by the Régie de l'assurance maladie du Québec that may result from the aforementioned actions.

3. I undertake to advise the coaching staff of any changes in the above information.

_____ _____

Signature du player, parent or tutor Date

ASAPC - FICHE MÉDICALE DU JOUEUR

INFORMATION DE L'ATHLETE:

NOM: _____ # domicile: _____
PRÉNOM: _____

ADRESSE: _____
VILLE: _____ NAISSANCE: AAAA/MM/JJ
CODE POSTAL: _____ # RAMQ: - -

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE:

NOM	Lien à l'enfant	# domicile	# cellulaire

PROFIL MÉDICAL:

PHYSICIEN(NE): _____ # bureau: _____
DENTISTE: _____ # bureau: _____

Souffre-t-il (elle) de…		
Asthme	Oui	Non
Diabète	Oui	Non
Épilepsie	Oui	Non
Évanouissement	Oui	Non
Problème cardiaque	Oui	Non
Problème d'écoute	Oui	Non
Problème respiratoire	Oui	Non

Est-il (elle) allergique à…		
Arachides et noix	Oui	Non
Aspirine, pénicilline	Oui	Non
Herbe à puce	Oui	Non
Piqûres d'insectes	Oui	Non
Produits laitiers	Oui	Non
Autres (précisez)		

Autres précisions…			
Prend-il (elle) des médicaments sur une base régulière?	Oui	Non	Spécifiez:
Est-il (elle) en possession de ses médicaments?	Oui	Non	
Sait-il (elle) administrer ses médicaments?	Oui	Non	
Porte-t-il (elle) des verres de contact?	Oui	Non	

Autres conditions:

L'AUTHORIZATION POUR TRAITEMENT D'URGENCE:

1. À titre de parent ou de tuteur de l'enfant nommé ci-haut, je demande qu'en mon absence, il soit admis à n'importe quel hôpital ou établissement médicale aux fins de recevoir des diagnostics et traitements appropriés. J'autorise tout médecins dentistes ou autre personnel médicale dûment licencié, incluant les techniciens ou infirmiers, d'exécuter les procédures diagnostiques, les traitements, les procédures opératoires et les radiographies nécessaires afin de préserver la santé dudit mineur. J'accepte les résultats de l'examen ou du traitement sans garantie préalable.

2. Je m'engage à défrayer tous les coûts relatifs aux soins de santé non couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec qui pourraient résulter des démarches mentionnées ci-haut.

3. Je m'engage à aviser la direction de l'équipe de tout changement en ce qui concerne l'information ci-dessus.

_____ _____
Signature du joueur, parent ou tuteur Date