



# 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: \_\_\_\_\_

<i>Souffre-t-il (elle) de...</i>	Oui	Non
Asthme		
Diabète		
Épilepsie		
Évanouissement		
Problème cardiaque		
Problème d'écoute		
Problème respiratoire		

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

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

**Autres conditions:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## L'AUTORISATION POUR TRAITEMENT D'URGENCE:

- 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.
- 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.
- 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

ADM301