



# RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

## VEUILLEZ REMPLIR CLAIREMENT

Nom du joueur / de la joueuse : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Genre : \_\_\_\_\_

# Carte d'assurance maladie \_\_\_\_\_

Médecin \_\_\_\_\_ Téléphone : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. rés. : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tél. trav. : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell. : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nom du parent / tuteur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. rés. : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tél. trav. : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell. : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Contact en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Tél. rés. : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tél. trav. : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell. : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Historique de santé

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Bracelet MedicAlert                 | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Allergies                           | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Asthme (respiratoire)               | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Évanouissements                     | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Diabète                             | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Épilepsie                           | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Surdité/Malentendant                | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Troubles cardiaques                 | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Maux de tête chroniques             | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Convulsions                         | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Lunettes                            | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Verres de contact                   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Blessures (spécifiez)               | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Médications (spécifiez)             | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Autre (notamment récente chirurgie) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

### Détails:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_