

Renseignements médicaux du joueur

Nom du joueur

Date de naissance : Jour Mois Année

Adresse

Code Postal

Ville

Nom mère/tutrice

Téléphone

Nom Père/tuteur

Téléphone

Nom du médecin du joueur

Téléphone

Personne à contacter en cas d'urgence si parent/tuteur non disponible :

Nom

Téléphone

Veuillez choisir la réponse appropriée concernant le joueur ci-dessous :

	OUI	NON
Antécédents de commotion	.	.
Épisodes d'évanouissements durant la dernière année	.	.
Épilepsie	.	.
Port des lunettes	.	.
Port de lentilles de contact	.	.
Lentilles incassables	.	.
Port d'un appareil dentaire	.	.

	OUI	NON
Problème d'audition	.	.
Asthmatique	.	.
Difficulté à respirer en faisant des exercices physiques	.	.
Problème cardiaque	.	.
Diabétique	.	.
Prise régulière de médicaments	.	.
Allergies	.	.
Port d'un bracelet médicale ou collier	.	.
Intervention chirurgicale durant la dernière année	.	.
Autre problème de santé qui pourrait nuire à la pratique du soccer	.	.

Veillez donner plus de renseignements si vous avez répondu «oui » à l'un des énoncés ci-haut :

Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'informer aussitôt la Direction du CSEO de tout changement par rapport aux informations ci-dessus. Aussi, au cas où je ne puisse pas être contacté(e) durant une pratique ou un match, j'autorise la Direction du CSEO à amener mon enfant à l'hôpital si elle le juge nécessaire. Par la présente, j'autorise le médecin et le personnel infirmier à entreprendre les examens et à donner les traitements nécessaires à mon enfant. Enfin, j'autorise le partage de l'information aux personnes concernées (entraîneur, médecin le cas échéant) si elle le juge nécessaire.

Date

Signature d'un parent ou tuteur