

Fiche santé de l'athlète

Club d'athlétisme Corsaire-Chaparral



***Vous devez remettre ce formulaire complété avec votre inscription.
Un formulaire par athlète svp.***

Nom de l'athlète : _____ Sexe : M _____ F _____

Date de naissance : jour : _____ mois : _____ année: _____

Adresse: _____

Contact d'urgence

Nom : _____

Téléphone (jour): _____

Téléphone (soir) : _____

Téléphone (cell) : _____

Autre contact d'urgence : _____ tél: _____

Information médicale

Nom du médecin de famille : _____

Téléphone du médecin de famille : _____

No d'assurance-maladie : _____ date d'expiration : _____

Profil médical/aspects particuliers : _____

Médicaments : _____

L'athlète peut-il/elle s'administrer ses propres médicaments? Oui _____ Non _____

J'autorise les responsables du Club d'athlétisme Corsaire-Chaparral à administrer à l'athlète les médicaments décrits ci-dessus selon les posologies prescrites : Oui _____ Non _____

Allergies et types de réaction _____

Groupe sanguin : _____

Blessures ou maladies sérieuses antérieures: _____

Autres (prothèses, verres de contact, etc.) : _____

Toutes ces informations demeureront confidentielles. Elles ne seront divulguées qu'à l'équipe des entraîneurs du Club d'athlétisme Corsaire-Chaparral afin de permettre une intervention plus efficace en cas d'urgence.

En signant la présente, j'autorise les responsables du Club d'athlétisme Corsaire-Chaparral à prodiguer les premiers soins à l'athlète.

En foi de quoi, j'ai signé ce document en date du : _____

Signature (parent ou tuteur si moins de 18 ans): _____

Si moins de 18 ans, nom du parent ou du tuteur: _____