

FICHE D'INFORMATION MÉDICALE

Nom : _____

Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Téléphone : (_____) _____ Cell. : (_____) _____

N° d'assurance maladie provinciale (facultatif) : _____

Parent/tuteur n° 1 : Nom : _____

Numéro de téléphone au travail : (_____) _____

Parent/tuteur n° 2 : Nom : _____

Numéro de téléphone au travail : (_____) _____

Autre personne à joindre en cas d'urgence (si les parents ne sont pas disponibles)

Nom : _____

Lien avec le joueur : _____

Téléphone : (_____) _____ Cell. : (_____) _____

Nom du médecin : _____

Téléphone : (_____) _____

Nom du dentiste : _____

Téléphone : (_____) _____

Date du dernier examen médical complet : _____

Avant qu'un joueur participe à un programme de hockey, il est recommandé qu'il subisse un examen médical et que toute maladie ou blessure soit vérifiée par le médecin de famille du joueur.

Veillez encercler la réponse appropriée et fournir des détails si vous répondez « oui » à une des questions.

- | | | |
|--|---|---|
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Prend des médicaments | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Trouble respiratoire pendant l'exercice | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> A eu une maladie qui a duré plus d'une semaine au cours de la dernière année et a dû consulter un professionnel de la santé |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Allergies | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Trouble cardiaque | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> A subi des blessures nécessitant une intervention médicale au cours de la dernière année |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Commotions cérébrales antérieures | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Palpitations ou coeur qui débat | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Hospitalisé au cours de la dernière année |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Épisodes d'évanouissement ou de crise pendant ou après une activité physique | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de troubles cardiaques | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Chirurgie au cours de la dernière année |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Quasi évanouissement ou chute partielle | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de décès inattendu durant une activité physique | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Présentement blessé |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Crises ou épilepsie | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de décès inexplicable d'une jeune personne | Partie corporelle blessée : _____ |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Porte des lunettes | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Diabète – Type 1 _____ Type 2 _____ | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Vaccinations à jour |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Les verres sont-ils incassables? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Porte un bracelet ou un collier d'information médicale Pourquoi? _____ | Date du dernier vaccin contre le tétanos : _____ |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Porte des lentilles cornéennes | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Problème de santé pouvant nuire à sa participation à une équipe de hockey | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Vaccin contre l'hépatite B |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Porte un appareil dentaire | | |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Problème d'ouïe | | |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Asthme | | |

Veillez donner des détails si vous avez répondu « Oui » à une ou plusieurs des questions précédentes. Utilisez une autre feuille au besoin.

Médicaments : _____

Blessures récentes : _____

Allergies : _____

Toute information non discutée ci-dessus : _____

Problèmes de santé : _____

Je comprends qu'il relève de ma responsabilité d'aviser aussitôt que possible le préposé à la sécurité de tout changement en ce qui a trait à l'information ci-dessus. Dans l'éventualité où, en cas d'urgence, il est impossible de joindre une personne responsable, la direction de l'équipe amènera mon enfant à l'hôpital ou chez un médecin, si cela s'avère nécessaire. J'autorise, par la présente, le médecin et le personnel infirmier à examiner et à procéder aux traitements nécessaires pour mon enfant. J'autorise également que l'information pertinente soit distribuée aux personnes appropriées (entraîneur, médecin) lorsque cela est jugé nécessaire.

Date : _____

Signature du joueur : _____

Date : _____

Signature du parent ou tuteur : _____

Avis de non-responsabilité : L'information de nature personnelle utilisée, divulguée, obtenue ou conservée par Hockey Canada ne sera conservée qu'aux fins pour lesquelles elle a été recueillie conformément aux principes nationaux sur la vie privée énoncés dans la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques et dans la politique de Hockey Canada sur la vie privée.