

Fiche de renseignements médicaux du patineur

Nom du patineur

Date de naissance

No. assurance-maladie

No. PC

Date exp.

Cochez

Le patineur habite avec

Ses deux parents

☐

Père

☐

Mère

☐

Tuteur

☐

	Nom	Téléphone
Père		
Mère		
Tuteur		

Personne en cas d'urgence (autre que les parents)

Nom

Lien

Téléphone

	Nom	Téléphone
Entraîneur(s)		

Professionnel médical

Médecin

Dentiste

Autre(s) professionnel(s)

Nom

Téléphone

Dernier examen médical* _____

Date

*Avant qu'un patineur participe à un programme de patinage, toute maladie ou blessure devrait être vérifiée par le médecin du patineur.

Au cours des 12 derniers mois

	Pourquoi
Hospitalisation(s) survenue(s)	
Intervention(s) chirurgicale(s) survenue(s)	

	Énumérez
Maladie(s) survenue(s)*	
Blessure(s) survenue(s)	

*d'une durée de plus d'une semaine

Fiche de renseignements médicaux du patineur (suite)

	Nombre et sévérité
Commotion(s) cérébrale(s) survenue(s)	

	Cochez	Précisez au besoin
Vaccination à jour	☐	
Port d'un bracelet médical nécessaire	☐	

Profil médical

	Oui	Si oui, précisez
Prise de médicaments requise	☐	
Allergies	☐	
Trouble respiratoire (asthme, difficulté avec efforts, etc.)	☐	
Trouble de la vision (lunettes, lentilles, etc.)	☐	
Trouble neurologique (épilepsie, sclérose en plaque, etc.)	☐	
Trouble cardiaque	☐	
Diabète (type 1 ou 2)	☐	
Trouble auditif (appareil nécessaire)	☐	
Trouble de coagulation	☐	
Trouble cognitivo-comportemental (TDA(H), TSA, etc.)	☐	
Appareil dentaire	☐	
Évanouissements fréquents	☐	
Migraines fréquente(s)	☐	
Autre(s) trouble(s) de santé	☐	

Consentement

Je comprends qu'il relève de ma responsabilité d'aviser aussitôt que possible le directeur local de la sécurité ainsi que mon entraîneur de tout changement en ce qui a trait aux renseignements ci-dessus. Dans l'éventualité où, en cas d'urgence, il est impossible de joindre une personne responsable, un entraîneur ou les personnes responsables de la sécurité du Club, 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 les renseignements pertinents soient distribués aux personnes appropriées (entraîneur, médecin) lorsque cela est jugé nécessaire.

Date	Signature du patineur

Date	Signature du parent ou tuteur

Avis de non-responsabilité: Les renseignements de nature personnelle utilisée, divulguée, obtenue ou conservée par _____ ne sera conservée qu'aux fins pour lesquelles ils ont été recueillis conformément aux principes nationaux sur la vie privée énoncés dans la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*.