FC Saint-Hyacinthe

**FICHE SANTÉ**

|  |
| --- |
| RENSEIGNEMENTS SUR LE JOUEUR |
| Nom :  | Prénom :  |
| Adresse :  | Date de naissance :  |
| Tél. :  | No Ass maladie :  | Expiration :  |

|  |
| --- |
| RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS |
| Nom mère :  | Nom père :  |
| Tél. travail :  | Tél. travail :  |
| Tél. cell. :  | Tél. cell. :  |

|  |
| --- |
| AUTRE PERSONNE À REJOINDRE EN CAS D’URGENCE (si les parents ne sont pas disponibles) |
| Nom :  | Tél. :  |
| Adresse :  |
| Lien avec le joueur :  |

|  |
| --- |
| RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX |
| Nom du médecin :  | Tél. :  |
| Nom du dentiste :  | Tél. :  |
| Date du dernier examen médical complet :  |

|  |
| --- |
| QUESTIONNAIRE MÉDICAL – répondre à toutes les questions et préciser au besoin |
| **Votre enfant a-t-il déjà :** | **Oui** | **Non** | **Préciser** |
| Subi une fracture, une luxation ou une entorse? | [ ]  | [ ]  |  |
| Subi une commotion cérébrale? | [ ]  | [ ]  |  |
| Ressenti des troubles respiratoires associés à l’effort? | [ ]  | [ ]  |  |
| Perdu connaissance, ressenti des étourdissements ou des douleurs thoraciques? | [ ]  | [ ]  |  |
| Souffert de problèmes liés à la chaleur? | [ ]  | [ ]  |  |
| Été diagnostiqué pour une maladie chronique ou récurrente? | [ ]  | [ ]  |  |

|  |
| --- |
| QUESTIONNAIRE MÉDICAL – suite |
| **Votre enfant :** | **Oui** | **Non** | **Préciser** |
| Souffre-t-il d’allergie – si oui, a-t-il son Epipen? | [ ]  | [ ]  |  |
| Porte-t-il des lunettes / lentilles cornéennes? | [ ]  | [ ]  |  |
| Porte-t-il un appareil dentaire? | [ ]  | [ ]  |  |
| Prend-il des médicaments? Si oui, est-ce qu’il les prend lui-même? | [ ]  | [ ]  |  |
| **Autres informations pertinentes ou complémentaires :** |

|  |
| --- |
| CERTIFICATION ET SIGNATURE |
| Je comprends qu’il relève de ma responsabilité d’aviser aussitôt que possible les responsables de l’équipe de mon enfant 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. |
| Signature du parent / tuteur ou joueur (18+) : | Date : |

Avis de non-responsabilité : L’information de nature personnelle utilisée, divulguée, obtenue ou conservée par le FC Saint-Hyacinthe 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.