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.