



Feuille D'information Médical du Joueur

Association Du Hockey Mineur de Sainte-Julie

Nom du joueur: _____

Date de Naissance:

Jour

Mois

Année

Numéro d'assurance maladie: _____

(Joindre photocopie de la carte)

Adresse: _____

Nom de la mère: _____

Code Postal: _____

No de téléphone mère(rés.): _____

No de téléphone mère(bur.): _____

Nom du médecin: _____ Tél: _____

Nom du père: _____

Nom du dentiste: _____ Tél: _____

No de téléphone père(rés.): _____

No de téléphone père(bur.): _____

Personne à rejoindre en cas d'accident ou d'urgence, si les parents ne sont pas disponibles.

Nom: _____ Tél: _____

Commentaires: _____

Adresse: _____

Veillez encercler la réponse appropriée ayant trait à votre enfant.

Oui	Non	Épisodes de commotion cérébrale
Oui	Non	Épisodes d'évanouissement pendant l'exercice
Oui	Non	Porte des verres de contact
Oui	Non	Porte des appareils dentaires
Oui	Non	Porte un bracelet ou un collier "Medic Alert"
Oui	Non	Problème de respiration pendant l'exercice
Oui	Non	Prends des médicaments
Oui	Non	Opération au cours de la dernière année
Oui	Non	A eu une maladie qui a duré plus d'une semaine au cours de la dernière année
Oui	Non	Est-ce que votre enfant a un problème de santé qui pourrait nuire à sa participation au sein d'une équipe de hockey ?
Oui	Non	Est allé à l'hôpital au cours de la dernière année
Oui	Non	A eu des blessures nécessitant des soins médicaux au cours de la dernière année
Oui	Non	Est présentement blessé

Oui	Non	Diabétique
Oui	Non	Asthme
Oui	Non	Allergies
Oui	Non	Portes des lunettes
Oui	Non	Les verres sont-ils incassable ?
Oui	Non	Problèmes d'ouïe
Oui	Non	Problème cardiaque
Oui	Non	Épileptique

Veillez donner des détails si vous avez répondu "Oui" à une des questions ci-hauts.

(Utiliser autre feuille si nécessaire)

Médicaments: _____

Allergies: _____

Maladie: _____ Blessures récentes: _____

Dernière injection contre le tétanos: _____ Date du dernier examen médical complet: _____

Toute information non-discutée ci-haut: _____

Toute maladie ou problème lié à une blessure devrait être vérifié par votre médecin avant la participation à un programme de hockey.

Je comprends qu'il relève de ma responsabilité d'aviser la direction de l'équipe de tout changement en ce qui a trait à l'information ci-dessus aussitôt que possible et que, dans l'éventualité où il est impossible de rejoindre une personne responsable, la direction de l'équipe amènera mon enfant à l'hôpital ou chez un médecin, si cela s'avère nécessaire.

Par la présente, j'autorise le médecin et le personnel infirmier à examiner et procéder aux traitements nécessaires pour mon enfant.

J'autorise également que l'information pertinente soit distribuée aux personnes appropriées (entraîneur, médecin) lorsque jugé nécessaire.

Date: _____

Signature du parent et/ou tuteur: _____