

## Fiche de renseignements médicaux du patineur

### Nom du patineur

Date de naissance \_\_\_\_\_ No. PC \_\_\_\_\_

No. assurance-maladie \_\_\_\_\_ 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	Téléphone
Nom	_____	_____
Lien	_____	_____

	Nom	Téléphone
<b>Entraîneur(s)</b>	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

	Nom	Téléphone
<b>Professionnel médical</b>		
Médecin	_____	_____
Dentiste	_____	_____
Autre(s) professionnel(s)	_____	_____

Date

Dernier examen médical\* \_\_\_\_\_

\*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)*	_____
*d'une durée de plus d'une semaine	_____
Blessure(s) survenue(s)	_____

## Fiche de renseignements médicaux du patineur (suite)

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

---



---

Vaccination à jour Cochez  Précisez au besoin

Port d'un bracelet médical nécessaire Cochez  Précisez au besoin

---



---

### Profil médical

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

### 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*.