

Fiche Santé pour le club de patinage de vitesse de Dollard-des-Ormeaux

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Prénom de l'athlète : _____ Nom de famille : _____

Sexe / M F Date de naissance / Jour : _____ Mois : _____ Année : _____

Numéro d'assurance maladie :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Prénom du père : _____ Nom de famille : _____

Téléphone / Résidence : (____) _____ Travail : (____) _____

Prénom de la mère : _____ Nom de famille : _____

Téléphone / Résidence : (____) _____ Travail : (____) _____

Autre personne à contacter : _____ Téléphone : (____) _____

PROFIL SANTÉ (indiquer **NON** si la situation ne s'applique pas)

Maladie chronique ou récurrente :

Interventions ou blessures sérieuses (inclure les dates) :

Allergies alimentaires et/ou aux médicaments :

Médicaments actuels (spécifier le nom et la posologie) :

Autres problèmes de santé ou restrictions :

J'ai complété et joint le questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique (Q-AAP) : OUI NON.

IMPORTANT : Veuillez aviser l'entraîneur de tout changement de l'état de santé de l'athlète pouvant survenir au cours de la saison.

Autorisation parentale : Cette fiche santé est juste, au meilleur de ma connaissance, et l'athlète ci-haut désigné est autorisé à participer à toutes les activités sportives du club de patinage de vitesse de DDO sauf indication contraire telle que cité plus haut. J'autorise le centre de santé à effectuer tous les examens et traitements jugés nécessaires.

Nom : _____

Signature : _____

Date : _____

Signature d'un parent : _____

Témoin : _____

ou d'un tuteur (pour les moins de 14 ans)

L'entraîneur paraphe la fiche de santé lorsqu'il en a pris connaissance : _____.

Health form of Dollard-des-Ormeaux speed skating club

GENERAL INFORMATION

Athlete's first name : _____ Family name : _____

Gender / M F Date of birth / Day : _____ Month : _____ Year : _____

Medical insurance number :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EMERGENCY CONTACT

Father's name : _____ Family name : _____

Phone / Home : (____) _____ Work : (____) _____

Mother's name : _____ Family name: _____

Phone / Home : (____) _____ Work : (____) _____

Other emergency contact : _____ Phone : (____) _____

HEALTH PROFIL (write NO if not applicable)

Chronic or recurring illness :

Operations or serious injuries (include dates):

Food and/or medications allergies :

Current medications (specify name and posology) :

Other health's problems or restrictions :

I filled and joint the physical activity readiness questionnaire (PAR-Q). Yes No.

IMPORTANT : Please advise coach for any modifications in athlete's health during the season.

Parent's Authorization : The health history is correct as far as I know, and the athlete herein described has permission to engage in all DDO speed skating club sport activities except as noted. I hereby give permission to the health center to order routine tests and treatment for the health of my child.

Name : _____

Signature : _____

Date : _____

Parent's signature : _____
or tutor (child under 14 years old)

Witness : _____