**FICHE SANTÉ DU JOUEUR**

# **RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Coordonnées du joueur** | | | |
| Nom du joueur |  | Prénom |  |
| Date de naissance |  | # Assurance maladie |  |
| Adresse complète |  | Expiration de la carte |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Coordonnées de la mère** | | | |
| Nom | Tél. (résidence) | Tél. (bureau) | Tél. (cellulaire) |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Coordonnées du père** | | | |
| Nom | Tél. (résidence) | Tél. (bureau) | Tél. (cellulaire) |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Autre personne à contacter en cas d’urgence** | | | |
| Nom | Tél. (résidence) | Tél. (bureau) | Tél. (cellulaire) |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Médecin traitant** | | |
| Nom | Téléphone | Autres informations |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L'enfant prend-il des médicaments ?** | | |
|  | Oui | Non |
| L'enfant est-il apte à prendre lui-même ses médicaments ? |  |  |
| Nom du médicament | Posologie | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |

**QUESTIONNAIRE MÉDICAL (***Répondre à chacune des questions et préciser s'il y a lieu)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L’enfant a-t-il déjà** | | | |
| Nom | Oui | Non | Préciser |
| Subi une fracture, une luxation ou une entorse? |  |  |  |
| Ressenti des troubles respiratoires associés à l'effort? |  |  |  |
| Perdu connaissance, ressenti des étourdissements  ou des douleurs thoraciques? |  |  |  |
| Souffert de problèmes reliés à la chaleur? |  |  |  |
| Été diagnostiqué pour une maladie chronique ou récurrente? |  |  |  |
| **L'enfant souffre-t-il d'allergies?** | | | |
| Type d’allergie | Oui | Non | Si oui, préciser |
| Alimentaires |  |  |  |
| Produits laitiers |  |  |  |
| Médicaments pénicilline |  |  |  |
| Végétales ou pollen |  |  |  |
| Herbe à puce |  |  |  |
| piqûre d'insecte |  |  |  |
| Autres |  |  |  |
| L'enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies? |  |  |  |

**AUTORISATION**

En signant la présente, j'autorise l’Association de soccer Beauport à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires en cas de besoin. Si la direction le juge pertinent, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

De plus, s'il est impossible de joindre un parent ou un tuteur, j'autorise le médecin sur place à prodiguer à mon enfant, tous les soins médicaux requis par son état.

Nom et prénom du parent et du tuteur (en caractère d'imprimerie) Date

Signature du parent ou du tuteur Date