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

Merci de nous transmettre le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante : asb@asbroyal.ca