

## 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 le club Patinage Les Jardins du Qc 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.