



**FICHE MÉDICALE DU JOUEUR**  
**Club de soccer de Verdun (A.S.M.V.)**

**Informations sur le joueur**

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Poids: \_\_\_\_\_

Taille: \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie: \_\_\_\_\_

**Personnes à contacter en cas d'urgence**

1. Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_

Lien: \_\_\_\_\_

Tél. mobile: \_\_\_\_\_ Tél. résidence: \_\_\_\_\_

Tél. mobile: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

2. Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_

Lien: \_\_\_\_\_

Tél. mobile: \_\_\_\_\_ Tél. résidence: \_\_\_\_\_

Tél. mobile: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

## Profil médical

### Souffre-t-il (elle) de:

Asthme	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Diabète	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Évanouissement	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Problème cardiaque	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Commotion cérébrale	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

Autre (précisez):

---

### Est-il (elle) allergique à:

Arachides et noix	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Aspirine, pénicilline	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Herbe à pouce	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Piqûre d'insecte	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Produits laitiers	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Œufs	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

Autre (précisez):

---

Votre enfant prend-il (elle) des médicaments:

Si oui, noms des médicaments\*: OUI  NON

---

Posologie: \_\_\_\_\_

*\*Les instructeurs du club ne sont pas autorisés à administrer des médicaments aux enfants. Veuillez vous assurer que le jeune soit autonome à ce niveau.*

Êtes-vous un professionnel de la santé, ou apte à administrer des premiers soins?

OUI  NON

Si oui, accepteriez-vous d'offrir vos services sur place si nécessaire?

OUI

NON

Prénom et Nom: \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

### **Traitement d'urgence**

#### **En signant la présente :**

1. J'autorise en cas d'accident ou de maladie, en mon absence du lieu du déplacement, de la pratique ou de la partie, les instructeurs de l'équipe à prodiguer les premiers soins de l'enfant, à le transporter en ambulance, à entreprendre les démarches requises pour consulter un professionnel de la santé ou à l'hospitaliser si nécessaire.
2. Je m'engage à défrayer tous les coûts relatifs aux soins de santé non couverts par la RAMQ qui pourraient découler des démarches mentionnées plus haut.
3. Je m'engage à collaborer avec les instructeurs et à venir les rencontrer si le comportement ou les conditions médicales de l'enfant nuisent au bon déroulement des activités.
4. Je m'engage à aviser la direction de l'équipe de tout changement en ce qui a trait à l'information ci-dessus.

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de l'enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement aux instructeurs et au directeur technique du Club afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

Signé le \_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_ à Verdun

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent ou tuteur