

FICHE D'INFORMATION MÉDICALE

Nom : _____

Date de naissance : _____ Jour _____ Mois _____ Année _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Téléphone : (____) _____ Cell. : (____) _____

N° d'assurance maladie provinciale (facultatif) : _____

Nom du parent : _____ Nom du parent : _____

Numéros de téléphone au travail : Parent/Tuteur 1 (____) _____ Parent/Tuteur 2 (____) _____

Autre personne à joindre en cas d'urgence (si les parents ne sont pas disponibles)

Nom : _____

Téléphone : (____) _____ Cell. : (____) _____ Lien avec le joueur : _____

Adresse : _____

Nom du médecin : _____ Téléphone : (____) _____

Nom du dentiste : _____ Téléphone : (____) _____

Date du dernier examen médical complet :

* Avant qu'un joueur participe à un programme de hockey, toute maladie ou blessure devrait être vérifiée par le médecin de famille du joueur.

Veuillez encrer la réponse appropriée et fournir des détails si vous répondez « oui » à une des questions.

- | | | |
|-----|-----|--|
| Oui | Non | Prend des médicaments |
| Oui | Non | Allergies |
| Oui | Non | Commotions cérébrales antérieures |
| Oui | Non | Épisodes d'évanouissement pendant l'exercice |
| Oui | Non | Crises ou épilepsie |
| Oui | Non | Porte des lunettes |
| Oui | Non | Les verres sont-ils incassables? |
| Oui | Non | Porte des lentilles cornéennes |
| Oui | Non | Porte un appareil dentaire |
| Oui | Non | Problème d'ouïe |
| Oui | Non | Asthme |
| Oui | Non | Trouble respiratoire pendant l'exercice |
| Oui | Non | Trouble cardiaque |
| Oui | Non | Antécédents familiaux de troubles cardiaques |
| Oui | Non | Diabète Type 1 _____ Type 2 _____ |

Nom _____

- Oui Non Porte un bracelet ou un collier d'information medical Pourquoi? _____
- Oui Non Problème de santé pouvant nuire à sa participation à une équipe de hockey
- Oui Non A eu une maladie qui a duré plus d'une semaine au cours de la dernière année et a dû consulter un professionnel de la santé
- Oui Non A subi des blessures requérant une intervention médicale au cours de la dernière année
- Oui Non Hospitalisé au cours de la dernière année
- Oui Non Chirurgie au cours de la dernière année
- Oui Non Présentement blessé. Partie corporelle blessée : _____
- Oui Non Vaccinations à jour
- Date du dernier vaccin contre le tétanos : _____
- Oui Non Vaccin contre l'hépatite B

Veillez donner des détails si vous avez répondu « Oui » à une ou plusieurs des questions précédentes. Utilisez une autre feuille au besoin.

Médicaments : _____

Allergies : _____

Problèmes de santé : _____

Blessures récentes : _____

Toute information non discutée ci-dessus : _____

Je comprends qu'il relève de ma responsabilité d'aviser aussitôt que possible le préposé à la sécurité de tout changement en ce qui a trait à l'information ci-dessus. Dans l'éventualité où, en cas d'urgence, il est impossible de joindre une personne responsable, la direction de l'équipe 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 l'information pertinente soit distribuée aux personnes appropriées (entraîneur, médecin) lorsque cela est jugé nécessaire.

Date : _____ Signature du joueur : _____

Date : _____ Signature du parent ou tuteur : _____

Avis de non-responsabilité : L'information de nature personnelle utilisée, divulguée, obtenue ou conservée par Hockey Canada ne sera conservée qu'aux fins pour lesquelles elle a été recueillie conformément aux principes nationaux sur la vie privée énoncés dans la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques et dans la politique de Hockey Canada sur la vie privée.