





## Formulaire médical – Saison 2017

### IDENTIFICATION

Nom :	Âge :
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Téléphone :	Urgence :
Taille :	Poids :
Date de naissance (jj-mm-aaaa) : ____ / ____ / ____	N° d'ass. maladie (RAMQ) : Date d'exp. (mm-aaaa) :

### ÉTAT DE SANTÉ

**OUI NON**

#### 1. Affection des sens

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Souffrez-vous d'une affection visuelle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Portez-vous des lunettes?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Portez-vous des lentilles cornéennes?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Avez-vous des problèmes auditifs?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 2. Affections du système nerveux

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Avez-vous des évanouissements?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Souffrez-vous d'épilepsie?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Avez-vous déjà été victime d'un traumatisme crânien (commotion cérébrale)?<br>Si oui, quand? _____                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Souffrez-vous de problèmes cervicaux ou neurologiques autres que ceux mentionnés ci-dessus ?<br>Si oui, lequel? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 3. Affections respiratoires

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Souffrez-vous d'asthme ou de bronchites chroniques? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

#### 4. Problèmes rénaux

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie rénale quelle qu'elle soit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

**5. Problèmes musculosquelettiques**

- a) Avez-vous des limitations de mouvements d'un de vos membres?
- b) Souffrez-vous de faiblesses musculaires?

**6. Problèmes systémiques**

- a) Êtes-vous diabétique?
- b) Avez-vous déjà souffert de rhumatismes aigus?

**7. Problèmes cardiovasculaires**

- a) Souffrez-vous d'une affection cardiaque ou vasculaire?
- b) Ressentez-vous fréquemment des douleurs à la poitrine ou au cœur?
- c) Votre médecin vous a-t-il déjà mentionné que vous aviez une tension artérielle trop élevée?

**8. Problèmes cutanés**

- Avez-vous une maladie contagieuse de la peau?  
Si oui, laquelle? \_\_\_\_\_

**9. Autres affections**

- a) Prenez-vous des médicaments?  
Si oui, lesquels?
- b) Avez-vous subi une intervention chirurgicale?  
Si oui, quand et pour quelle raison? \_\_\_\_\_
- c) Avez-vous déjà été victime d'une blessure quelconque au cours des six (6) derniers mois?  
Si oui, veuillez préciser. \_\_\_\_\_
- d) Souffrez-vous d'une maladie ou une affection autre que celles mentionnées ci-dessus?  
Si oui, laquelle? \_\_\_\_\_

**10. Allergies**

- Avez-vous des allergies?  
Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_
- Avez-vous un «EpiPen» pour vos allergies?

Pour votre propre sécurité, nous vous demandons de consulter votre médecin si vous avez répondu «oui» à une ou à plusieurs des questions du présent formulaire et d'envoyer une copie du rapport médical à votre entraîneur avec les recommandations du médecin.

Énumérer les blessures survenues dans la pratique de votre discipline et qui vous ont déjà tenu à l'écart du jeu :

Conformément à l'article 22.1 du règlement de sécurité de la Fédération de football amateur du Québec, vous êtes tenu de déclarer à votre entraîneur tout changement de votre état de santé qui empêche la pratique normale du football ou qui risque d'avoir des conséquences néfastes sur votre intégrité corporelle.

**De plus, je certifie que les renseignements inscrits sur le formulaire ci-joint sont exacts.**

\_\_\_\_\_  
Signature du joueur

\_\_\_\_\_  
Signature du parent (ou autorité parentale)

\_\_\_\_\_  
Date