



FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DU PATINEUR¹

Nom du patineur				
Date de naissance				
N° Assurance maladie				Exp.
N° Patinage Canada				
Le patineur habite avec	Ses deux parents	Père	Mère	Tuteur
Nom du père				Tél
Nom de la mère				Tél
Nom du tuteur				Tél
Personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents)				
Nom		Lien		Tél
Entraîneur(s)				
Nom				Tél
Professionnel médical				
Médecin				Tél
Dentiste				Tél
Autre(s) professionnel(s)				Tél
Dernier examen médical*	Date :			
<i>*Avant qu'un patineur participe à un programme de patinage, toute maladie ou blessure devrait être vérifiée par le médecin du patineur.</i>				

¹ Patinage Québec



Au cours de 12 derniers mois			
	Raison		
Hospitalisations(s) survenue(s)			
Intervention(s) chirurgicale(s) survenue(s)			
	Énumérez		
Maladie(s) survenue(s)* <i>*d'une durée de plus d'une semaine</i>			
Blessure(s) survenue(s)			
	Nombre et sévérité		
Commotion(s) cérébrale(s) survenue(s)			
Vaccination à jour	Oui	Non	Précisez (au besoin)
Port d'un bracelet médical nécessaire	Oui	Non	Précisez (au besoin)

Profil médical		
	Oui	Si oui, précisez
Prise de médicaments requise		
Allergies		
Trouble respiratoire (asthme, difficulté avec efforts, etc.)		
Trouble de la vision (lunettes, lentilles, etc.)		
Trouble neurologique (épilepsie, sclérose en plaque, etc.)		
Trouble cardiaque		
Diabète (type 1 ou 2)		
Trouble auditif (appareil nécessaire)		
Trouble de coagulation		
Trouble cognitivo-comportemental (TDA(H), TSA, etc.)		
Appareil dentaire		
Évanouissements fréquents		
Migraine(s) fréquente(s)		
Autre(s) trouble(s) de santé		

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.



Patinage des
Mille-Îles

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 : _____
(si patineur âgé de 18 ans et plus)

Date : _____

Signature du parent ou tuteur : _____

Avis de non-responsabilité : Les renseignements de nature personnelle utilisés, divulgués, obtenus ou conservés par Patinage des Mille-Îles ne seront conservés 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*.