



ASSOCIATION DE SOCCER DE MASSON-ANGERS
FICHE MÉDICALE DU JOUEUR

PRÉNOM: _____ NOM : _____ CATÉGORIE : U - _____
ADRESSE : _____ TÉL : _____
VILLE : _____ CODE POSTAL : _____
DATE DE NAISSANCE : _____ # ASSURANCE-MALADIE : _____ - _____ - _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

TÉLÉPHONE

1. NOM _____ Lien : _____ Soir : _____ Jour : _____ Cell. : _____
2. NOM _____ Lien : _____ Soir : _____ Jour : _____ Cell. : _____
3. NOM _____ Lien : _____ Soir : _____ Jour : _____ Cell. : _____

PROFIL MÉDICAL :

SOUFFRE-T-IL DE...	Oui	Non	EST-IL ALLERGIQUE À ...	Oui	Non
Asthme			Arachides et noix		
Diabète			Aspirine, pénicilline		
Épilepsie			Herbe à puce		
Évanouissement			Piqûres d'insectes		
Problème cardiaque			Produits laitiers		
Problème respiratoire			Autres (précisez)		

AUTRES PRÉCISIONS :

Prend-t-il des médicaments sur une base régulière ? Oui Non Spécifiez _____
Est-il en possession de ses médicaments ? Oui Non
Sait-il administrer ses médicaments ? Oui Non
A-t-il eu des blessures sérieuses? Oui Non Spécifiez _____
Porte-t-il des verres de contact ? Oui Non

AUTRES CONDITIONS NÉCESSITANT DES SOINS PARTICULIERS _____

ÊTES-VOUS UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ PRÊT À ADMINISTRER LES PREMIERS SOINS?
OUI NON ET VOTRE CONJOINT ? OUI NON

TRAITEMENT D'URGENCE

1. Par la présente, j'autorise en cas d'accident ou de maladie, en mon absence du lieu de la pratique ou de la partie, la direction de l'équipe à entreprendre les démarches requises pour consulter un professionnel de la santé ou à hospitaliser mon enfant.
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 aviser la direction de l'équipe de tout changement en ce qui a trait à l'information ci-dessus.

Signature du parent ou tuteur si moins de 18 ans

Date