

FICHE MÉDICALE



**SECTION
JUDO JIKAN**

ADRESSE

2255 Boul. Cavendish, H4B 2L8,
Montréal

tel : (514) 484-50-84

cel : (438) 491-18-31

email : judoinscription@sports-mca.ca

Site Web : www.sports-mca.ca

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

JOUR :

MOIS :

ANNÉE :

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :

DATE D'EXPIRATION :

Sexe : HOMME

FEMME

ÂGE:

LUNETTENERRE DE CONTACT : OUI NON

MÉDICATION : OUI NON

SI OUI, SPÉCIFIER :

ALLERGIE : OUI NON

SI OUI, SPÉCIFIER :

COMMOTION CÉLÉSTRALE : OUI NON

SI OUI LA DATE :

NIVEAU :

RÉCEMMENT, AVEZ-VOUS ÉPROUÉ DES MALAISES OU DES SENTATIONS CURIEUSES APRÈS AVOIR COGNÉ VOTRE TÊTE ?

OUI NON

SI OUI, PARLEZ-EN :

PROBLÈMES MÉDICAUX CONNUS

OUI NON

OUI NON

Blessure à la tête :

Asthme :

Convulsion :

Diabète :

Troubles cardiaques :

Problèmes menstruels :

Haute tension :

Problème abdominaux :

Bouffée de chaleur :

Problèmes sanguins/bleus :

Déshydratation :

DÉTAILS :

BLESSURES IMPORTANTES / TRAITEMENT DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :

CONTACT EN CAS D'URGENCE MÉDICALE :

NOM :

PRÉNOM :

LIEN :

TÉL. DOMICILE :

TÉL. TRAVAIL :

TÉL. CELLULAIRE :

TÉL. AUTRE :

ADRESSE :

DATE :

Signature de l'athlète (si plus de 18 ans) :

DATE :

Signature parent/tuteur (si l'athlète est mineur)