



PHOTO RÉCENTE  
DE L'ATHLÈTE

## FICHE MÉDICALE

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE  
NAISSANCE : JJ / MM / AAAA

N° d'assurance maladie :		Expiration :	JJ / MM / AAAA
--------------------------	--	--------------	----------------

	OUI	NON	
Lunettes / Verres de contact			
Médication			Si oui, spécifier
Allergie(s)			Si oui, spécifier
Traumatisme crânio-cérébral récent (commotion cérébrale)			Si oui, spécifier
Blessure importante / Opération / Traitement durant les 6 derniers mois			Si oui, spécifier
Autres			Si oui, spécifier

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
Asthme ou problèmes respiratoires			Diabète			Problèmes menstruels		
Bouffée de chaleur/déshydratation			Pression artérielle			Problèmes cardiaques		
Épilepsie			Problèmes abdominaux			Problème de santé mentale		
Si oui, spécifier								

### PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE MÉDICALE

NOM :		PRÉNOM :	
TÉLÉPHONE PRINCIPAL :		TÉLÉPHONE SECONDAIRE :	

DATE : JJ / MM / AAAA

SIGNATURE DU RESPONSABLE  
OU DE L'ATHLÈTE (SI + 18 ANS) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_