



ASSOCIATION DE SOCCER DE CHARLESBOURG

FICHE SANTÉ DU JOUEUR

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Coordonnées du joueur			
Nom du joueur		Prénom	
Date de naissance		# Assurance maladie	
Adresse complète		Expiration de la carte	

Nom des parents ou tuteurs à contacter en cas d'urgence			
Nom	Tél. (résidence)	Tél. (bureau)	Tél. (cellulaire)

QUESTIONNAIRE MÉDICAL (Répondre à chacune des questions et préciser s'il y a lieu)

L'enfant souffre-t-il d'allergies?			
Type d'allergie	Oui	Non	Si oui, préciser
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produits laitiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médicaments pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Végétales ou pollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herbe à puce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
piqûre d'insecte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ASTHME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'enfant a-t-il déjà souffert d'une commotion cérébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

L'enfant prend-il des médicaments ?		
	Oui	Non
L'enfant est-il apte à prendre lui-même ses médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom du médicament	Posologie	