

Formulaire d'informations médicales
Activités scolaires, cours d'éducation physique, activités hors site, activités
intérieures et clubs

Nom de l'élève :	
Adresse au domicile :	
Noms des parents/tuteurs :	
Numéro de téléphone au domicile :	
Numéro de cellulaire :	
Nom du médecin :	
Numéro de téléphone du médecin :	
Numéro de la carte de santé (facultatif) :	
Nom du contact en cas d'urgence :	
Numéro de téléphone du Contact d'urgence :	

REMARQUE : Un examen médical annuel est recommandé.

INFORMATIONS MÉDICALES

1. Date du dernier examen effectué : _____
 2. Date de la dernière vaccination contre le tétanos : _____
 3. Votre fils/fille/pupille est-il/elle allergique à certains traitements, aliments ou médicaments/autres ? OUI NON
 4. Votre fils/fille/pupille porte-t-il/elle un bracelet d'alerte médicale, une chaîne au cou ou porte-t-il/elle une carte d'alerte médicale ? OUI NON
 - Si oui, précisez : _____
 5. Votre fils/fille/pupille a-t-il/elle été identifié(e) comme anaphylactique ? OUI NON
- Si oui, possède-t-il/elle de l'épinéphrine ? OUI NON

6. Votre fils/fille/pupille prend-t-il/elle des médicaments sur ordonnance? OUI NON
- Si oui, précisez : _____
 - De quel(s) médicament(s) doit disposer le participant (fils/fille/pupille) durant l'activité sportive ?

 - Qui doit administrer le médicament ? _____
7. Votre fils/fille/pupille porte-t-il/elle des lunettes? OUI NON
- Un appareil d'orthodontie ? OUI NON
 - Une couronne dentaire ? OUI NON
 - Une prothèse partielle fixe? OUI NON
8. Veuillez indiquer si votre fils/fille/pupille a été soumis à l'une des procédures suivantes et fournir des informations pertinentes :
- Épilepsie, diabète, problèmes orthopédiques, perte d'audition, asthme, allergies, troubles cardiaques

 - Chocs ou blessures à la tête ou au dos

 - Commotion cérébrale diagnostiquée (durant les trois dernières années)

 - Arthrose ou rhumatismes, saignements de nez chroniques, somnolences, évanouissement, maux de tête, épaule disloquée, hernie, articulations enflées ou hyper mobiles ou douloureuses, genou instable ou bloqué, etc.

9. Veuillez indiquer tout autre état médical qui pourrait limiter la participation ou nécessiter des modification du programme d'activités :

REMARQUE :

Si une commotion cérébrale a été diagnostiquée pendant la pause estivale, le médecin doit remplir le formulaire Demande de reprise de participation - Blessures liées à une commotion cérébrale avant que l'élève ne retourne aux activités de classe / intérieures et interscolaires.