

FICHE DE SOMMAIRE MÉDICALE

Ce formulaire sera utilisé en cas d'urgence médicale

Nom : _____ Contact en cas d'urgence
Prénom : _____ Nom :
Adresse : _____ Tél. Dom. : (____) _____ -
Ville : _____ Tél. Tra. : (____) _____ -
Province : _____ Code Postal : _____ Ville :
Date de naissance: _____ Lien de parenté :
Homme Femme Groupe sanguin : _____ Lunette/Verres de contact N
Catégorie d'âge Jv. Jr. Sr. Catégorie de poids _____
Ass. Maladie : _____ Province d'inscription :
Médication : N Si oui, spécifiez :
Allergie : N Si oui, spécifiez :
Perte de poids récente : N Si oui, combien : _____ Kg Depuis quand
Commotion récente : N Si oui, date : ____/____/____ Niveau
Récemment avez-vous éprouvé des malaises ou des sensations curieuses après avoir cogné
votre tête?
 N
Si oui, parlez-en

Problèmes Médicaux : Indiquez Oui ou Non

Blessure à la tête	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Convulsion	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Problèmes menstruels	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Haute tension	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Problèmes abdominaux	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Problèmes sanguins/ecchymose	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Bouffée de Chaleur/Deshydratation	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

Détails :

Blessures Importantes / Traitement durant les 6 derniers mois

Signature de l'athlète : _____ Date : _____

Témoïn : _____ Signature pour mineur: _____

**LE COMITÉ MÉDICAL DE JUDO CANADA RECOMMANDE QUE TOUS LES ATHLÈTES
UTILISENT UN PROTÈGE BUCCALE SYNTHÉTIQUE DE QUALITÉ DURANT LA
COMPÉTITION ET AUTRES FORMES D'ENTRAÎNEMENT**