



FICHE MÉDICALE

SAISON 2019

Nom : _____

Prénom : _____

Veuillez cocher la réponse appropriée concernant votre enfant	Oui	Non
Épisodes de commotion cérébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épisodes d'évanouissement pendant l'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épileptique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porte des lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les verres sont-ils incassables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porte des verres de contact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porte des appareils dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème d'ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème de respiration pendant l'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A eu une maladie qui a duré plus d'une semaine au cours de la dernière année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prend des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porte un bracelet « Médic alert » ou un collier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opération au cours de la dernière année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A eu des blessures nécessitant des soins médicaux au cours de la dernière année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est présentement blessé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que votre enfant a un problème de santé qui pourrait nuire à sa participation au sein d'une équipe de baseball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez donner des détails si vous avez répondu « Oui » à une des questions précédentes

Médicaments, allergies, maladie, blessures	_____
Dernière injection contre le tétonos	_____
Autres Informations nécessaires à transmettre	_____

Toute maladie ou problème avec une blessure devrait être vérifié par votre médecin avant la participation à un programme de baseball.

- Je comprends qu'il relève de ma responsabilité d'aviser la direction de l'équipe de tout changement en ce qui concerne l'information médicale de mon enfant aussitôt que possible.
- Dans le cas d'une situation urgente, dans l'éventualité où une personne ne peut être contactée, j'autorise par la présente, la direction de l'équipe à conduire mon enfant à l'hôpital ou chez un médecin, si jugé nécessaire. J'autorise le médecin et le personnel infirmier à examiner et procéder aux traitements nécessaires pour mon enfant.
- J'autorise également la divulgation de l'information médicale pertinente aux personnes appropriées, tel que l'entraîneur et ses adjoints, un médecin et le personnel infirmier lorsque jugé nécessaire.

Signature du parent : _____ Date : _____