

# ACADÉMIE RUGBY ROUGE ET OR

Saison 2018

## Fiche de santé de la joueuse

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Catégorie dans laquelle l'athlète s'inscrit: U15  U17  U19

Date de naissance:   JJ  /  MM  /  AA   No. d'assurance maladie: \_\_\_\_\_ Exp:   MM  /  AA  

Adresse complète: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom des parents ou tuteurs à contacter en cas d'urgence:

1- \_\_\_\_\_ Tél. maison \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_ Tél. maison \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

Médecin traitant: \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_

### QUESTIONNAIRE SANTÉ

#### L'athlète a-t-elle déjà:

1- Subi une commotion cérébrale? Oui  Non

Précisez : Nombre de commotions : \_\_\_\_\_

Date(s) (approximative) : \_\_\_\_\_

Prise en charge médicale? Oui  Non

D'après vous, l'athlète conserve-t-elle des séquelles? \_\_\_\_\_

*Si vous avez répondu OUI à cette question, nous vous invitons à prendre contact avec le Coordonnateur médical lors de la 1<sup>ère</sup> semaine d'activités. Ceci ayant pour but d'offrir un encadrement optimal à votre enfant et de mettre en place certaines mesures préventives supplémentaires. À moins de circonstances exceptionnelles, votre enfant pourra participer sans limitations à toutes les activités. Nous vous remercions de votre collaboration pour la sécurité de votre enfant.*

1 - Subi une fracture, une luxation ou une entorse?

Oui  Non  Précisez (à quel endroit? Quand?): \_\_\_\_\_

2 - Ressenti des troubles respiratoires associés à l'effort?

Oui  Non  Précisez (de quelle nature? Quand?): \_\_\_\_\_



3 - Perdu connaissance, ressenti des étourdissements ou des douleurs thoraciques?

Oui  Non

Précisez (de quelle nature? Quand?): \_\_\_\_\_

4 - Souffert de problèmes liés à la chaleur?

Oui  Non

Précisez: \_\_\_\_\_

5 - Été diagnostiqué pour toutes autres maladies ou affectations particulières (ex : TDA / TDAH / diabète, etc.)?

Oui  Non

Précisez: \_\_\_\_\_

**6- L'enfant souffre-t-elle d'allergies? OUI  NON**

Si oui, lesquelles:

<i>alimentaires</i>	noix et/ou arachides	<input type="checkbox"/>
	produits laitiers	<input type="checkbox"/>
	autres: _____	
<i>médicaments</i>	pénicilline	<input type="checkbox"/>
	autres: _____	
<i>végétales ou animales</i>	pollen	<input type="checkbox"/>
	herbe à puce	<input type="checkbox"/>
	piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/>
	autres: _____	
<i>autres</i>	_____	

L'enfant a-t-elle à sa disposition une dose d'adrénaline(Epipen, Twinrix)en fonction de ses allergies? OUI  NON

Si oui, qui est autorisé(s) à conserver et à administrer ce médicament?

Enfant lui-même  Parent  Personnel médical en charge  Toute personne adulte responsable

*Si vous devez vous absentez, nous vous demandons de laisser l'auto-injecteur **identifié au nom** de l'enfant au personnel médical en place. Il est de **votre responsabilité** (ou celle de votre enfant) de venir le récupérer à la fin de la journée.*

**7- L'enfant prend-elle des médicaments? OUI  NON**

Précisez:

1- Médicament: \_\_\_\_\_ Raison : \_\_\_\_\_ Posologie: \_\_\_\_\_

2- Médicament: \_\_\_\_\_ Raison : \_\_\_\_\_ Posologie: \_\_\_\_\_

3- Médicament: \_\_\_\_\_ Raison : \_\_\_\_\_ Posologie: \_\_\_\_\_

L'enfant est-il apte à prendre lui-même ses médicaments? OUI  NON

## AUTORISATION

En signant la présente, j'autorise la direction de l'académie rugby Rouge&Or à prodiguer tous les soins médicaux nécessaires en cas de besoin. Si la direction le juge pertinent, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

De plus, s'il est impossible de joindre un parent ou un tuteur, j'autorise le médecin choisi par les autorités de la Ligue de mini-football Rouge et Or à prodiguer à mon enfant inscrit dans la ligue, tous les soins médicaux requis par son état, y compris l'hospitalisation, des injections, l'anesthésie et/ou la pratique d'une intervention chirurgicale.

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent ou tuteur légal (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

