

FICHE MÉDICALE

ATTENTION SPÉCIALE REQUISE OUI [] NON []

IDENTIFICATION :

Adulte / Jeune

Nom _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ No assurance-maladie (à 12 chiffres) : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Exp. _____

(pour les résidents du Québec)

Si mineur, nom de la mère/du père/du tuteur : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

No civique Rue Ville Code postal

Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____

AUTRE PERSONNE QUE LES PARENTS OU TUTEUR À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom: _____ Prénom : _____

Adresse : _____

No civique Rue Ville Code postal

Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____

Lien de parenté : _____

ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ :

- | | | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. ASTHME | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 18. MAUX DE VENTRE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 2. ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 19. MENSTRUATION | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 3. CONJONCTIVITE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 20. OTITE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 4. CONVULSIONS | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 21. PALPITATIONS CARDIAQUES | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 5. DIABÈTE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 22. PERTE DE CONSCIENCE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 6. ÉPILEPSIE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 23. PEURS / PHOBIES | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 7. HANDICAP INTELLECTUEL | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 24. PROBLÈME CUTANÉ | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 8. HANDICAP PHYSIQUE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 25. PROBLÈME DE COMPORTEMENT | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 9. HYPERACTIVITÉ | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 26. PROBLÈME DIGESTIF | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 10. HYPERTENSION ARTÉRIELLE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 27. PROBLÈMES MUSCULAIRES | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 11. HYPERVENTILATION | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 28. PROBLÈMES NEUROLOGIQUES | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 12. HYPOGLYCÉMIE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 29. PROBLÈME VISUEL (LUNETTES) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 13. INCONTINENCE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 30. SAIGNEMENT DE NEZ | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 14. INSOMNIE / CAUCHEMARD | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 31. SOMNAMBULISME | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 15. MALFORMATION CARDIAQUE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 32. TROUBLES AUDITIFS / SURDITÉ | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 16. MAUX DE DOS | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 33. TROUBLES RESPIRATOIRES | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 17. MAUX DE TÊTE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 34. AUTRES... SPÉCIFIEZ | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Les vaccins sont-ils à jour ?

Oui Non

Le vaccin du tétanos est-il à jour (moins de 10 ans) ?

Oui Non

Les antécédents médicaux limitent-ils les activités physiques ?

Oui Non

Dans le cas d'une réponse positive, lesquelles : _____

AUTRES COMMENTAIRES : _____

ALLERGIES :

	OUI	NON	
Aux médicaments	[]	[]	Si oui, lesquelles
Aux aliments	[]	[]	Si oui, lesquelles
Autres	[]	[]	Si oui, lesquelles

SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ SOUFFERT D'UN DES PROBLÈMES SUIVANTS ?

	OUI	NON		OUI	NON
PROBLÈMES NEUROLOGIQUES			PROBLÈMES CARDIAQUES	[]	[]
Convulsions	[]	[]	Détails :		
Maux de tête	[]	[]			
Pertes de conscience	[]	[]			
Fréquence :			PROBLÈMES RESPIRATOIRES		
Autres (détaillez) :			Asthme	[]	[]
			Autres (spécifiez) :		
PROBLÈMES D'OREILLES			PROBLÈMES DIGESTIFS		
Otites (nombre : _____)	[]	[]	Détails :		
PROBLÈMES DE NEZ					
Rhume des foins	[]	[]	PROBLÈMES DERMATOLOGIQUES		
Autres (détaillez) :			Détails :		
PROBLÈMES VISUELS			AUTRES PROBLÈMES		
Conjonctivite	[]	[]	Détails :		
Autres (détaillez) :					

MÉDICAMENTS À PRENDRE :

NOM MÉDICAMENT(S) (présentation : mg\comp. ou mg/ml)	DOSE	INTERVALLE ENTRE LES DOSES	AU BESOIN (détails)	PÉRIODE DU \ AU

J'autorise le ou la responsable à administrer les médicaments mentionnés ci-dessus (si mineur) :

Signature _____

Avez-vous subi une opération dans les 6 derniers mois : OUI [] NON []

Si oui, la date : _____ \ _____

Si oui, de quelle nature : _____

En cas d'urgence, j'autorise les responsables ou le personnel médical à prendre les mesures nécessaires à la sauvegarde de ma santé.

Signature (si mineur, autorité parentale ou tuteur) : _____

Date : _____ \ _____ \ _____

